ABORDARE PSIHOSOCIALĂ A SINUCIDERII CA FORMĂ PARTICULARĂ A VIOLENȚEI

Analiză documentară

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CRIMINOLOGIE
2005

SUMAR

Capitolul 1: Istoria sinuciderii……...1-10
1.1. Antichitatea greco-romană……...2-3
1.2. Evul Mediu şi Renaşterea……3-6
1.3. Epoca modernă……..6-10

Capitolul 2: Cadrul conceptual al sinuciderii……..11-23
Dificultăți de definire
2.1. Dificultăți în definirea şi abordarea sinuciderii……..11-14
2.2. Eforturi metodologice, instrumente de cercetare……14-22
2.3. Miturile sinuciderii……..22-23

Capitolul 3: Dimensiunile fenomenului de sinucidere…….24-28
la nivel global
3.1. Statistici mondiale privind sinuciderea……24-25
3.2. Limite în statistici……25-28
3.3. Sinuciderea în România……28-39

Capitolul 4: Factori de risc în sinucidere……40-50
4.1. Factori psihiatrici……40-43
4.2. Factori biologici şi medicali:……43-44
ereditate suicidală şi familii suicidale
4.3. Evenimente cu rol de factori precipitanți……45-47
4.4. Factori sociali şi de mediu……47-50

Capitolul 5: Strategii de prevenire şi control a sinuciderii……..51-57
5.1. Farmacoterapia şi tratamentul bolilor mentale……..51-52
5.2. Abordări comportamentale……...52-53
5.3. Abordări de tip relațional……..54-55
5.4. Intervenții comunitare……55
5.5. Abordări la nivelul societății……56-57

Capitolul 6: Recomandări şi concluzii……..58-62
6.1. Recomandări……..58-60
6.2. Concluzii……..60-62

Anexe: Studii de caz……..63-72

Abordare psihosocială a sinuciderii ca formă particulară a violenței

Doina-Ştefana Săucan, Aurora Liiceanu, Mihai Ioan Micle
Institutul Național de Criminologie

În anul 2000, s-au sinucis aproximativ 815.000 de persoane în întreaga lume. Aceasta înseamnă o rată a mortalității de circa 14,5 la 100. 000 de locuitori sau un deces la fiecare 40 de secunde. Sinuciderea reprezintă a 13-a cauză de deces în lume, iar pentru grupa de vârstă 15-44 de ani, autorănirea reprezintă a patra cauză de deces şi a şasea de afectare a sănătății şi a invalidității[1]. Ce i-a determinat pe aceşti oameni să-şi dorească moartea, să renunțe la tot ceea ce înseamnă viață? Ce au simțit? Ce şi-au dorit şi nu au avut? Pot fi doar câteva dintre întrebările care rămân în urma lor, adesea fără răspuns.

Decesele imputabile sinuciderilor nu reprezintă decât o parte a unei probleme extrem de grave, căci, în afara celor care decedează, foarte multe persoane supraviețuiesc unor tentative de sinucidere şi unor răniri autoprovocate, adeseori foarte grave şi care necesită îngrijiri medicale de lungă durată. Ca să nu mai vorbim despre persoanele care rămân în urma celor care-şi găsesc moartea prin sinucidere, persoane profund afectate în plan emoțional, social, economic. Costurile economice ale sinuciderilor şi rănirilor autoprovocate sunt estimate la mai multe miliarde de dolari anual.

1. Istoria sinuciderii: istoric, filosofie, jurisprudență

Sinuciderea a constituit dintotdeauna un moment cu semnificație diferită pentru filosofi, medici, sociologi, psihologi etc., dar şi pentru diversele religii sau chiar pentru oamenii obişnuiți.

Unii au acceptat-o ca pe o formă a eliberării omului de povara vieții sau a manifestării spiritului de libertate, iar alții au condamnat şi au blamat persoana care recurge la un asemenea act extrem.

---

[1] *Rapport Mondial de la Violence et de la Santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2002, p. 205

Legând sinuciderea de absurdul lumii în care trăim, Albert Camus spunea în "Mitul lui Sisif": "Omul care este capabil să privească în față absurditatea existenței umane, care vede dispărând semnificația vieții încă se confruntă cu problema sinuciderii. Singura problemă filosofică într-adevăr serioasă este sinuciderea".

1.1. Antichitatea Greco-Romană

Toate curentele de gândire ale **antichității greceşti** au recunoscut valoarea supremă a individului, care are libertatea şi puterea de a hotărî singur asupra propriei vieți sau morți. În viziunea antică, viața nu merita să fie păstrată decât dacă era conformă cu rațiunea, cu demnitatea umană şi dacă aducea mai multe satisfacții decât nenorociri. Altfel, păstrarea ei era considerată o nebunie de filosofii greci ai timpului[2].

Platon era, în general, împotriva sinuciderii, dar menționa trei excepții majore: condamnarea (cazul lui Socrate), boala foarte dureroasă şi incurabilă, precum şi o soartă mizerabilă, putând include situații diverse, de la mizerie la ruşine[3].

Între toate civilizațiile antice, **Roma** este considerată a fi cea mai tolerantă față de sinucidere. Yolande Grisé[4] a oferit un tablou în care creionează date despre 314 cazuri de moarte voluntară a unor personalități celebre, din secolul al V-lea înainte de Cristos şi până în secolul al II-lea după Cristos, adică un număr considerabil mai mare decât cel pe care l-am putea găsi în Europa din 1300

---

[2] Epicurienii spuneau că înțelepciunea ne sfătuieşte să ne sinucidem cu calm dacă viața devine insuportabilă. Individul poate „pleca fără zgomot", după ce a reflectat profund, fără să se grăbească, „așa cum ai părăsi o cameră plină de fum". Stoicii recomandau şi ei suicidul chibzuit, atunci când rațiunea ne arată că aceasta ar fi soluția cea mai demnă de a ne conforma ordinii lucrurilor sau când nu se mai poate urma linia de conduită pe care ne-am trasat-o.

[3] Platon. *Legile*. Editura IRI, Bucureşti, 1995. El spunea despre jefuitorii de temple că, dacă nu reuşesc să se lepede de tendințele negative, ar trebui să privească moartea drept un bine şi să părăsească această viață.

[4] Grisé, Yolande. *Le suicide dans la Rome antique.* Paris, Les Belles Lettres, 1982.

Legea celor douăsprezece table, invocată de autoare, nu interzice moartea voluntară, recomandând ca înmormântarea sinucigaşilor să se desfăşoare normal. Totuşi, în ceea ce priveşte procedeele utilizate, spânzurătoarea este considerată una dintre cele mai „malefice" metode de a-ți lua viața. Însă, din rațiuni mai mult decât evidente de natură economică şi patriotică, Roma interzicea sinuciderea pentru două categorii sociale: sclavii şi soldații.

până în zilele noastre. Datele istorice nu specifică nici o interdicție legală a sinuciderii.

Analiza discursului lui Seneca din Scrisoarea către Lucilius[5] reliefează legătura evidentă dintre sinucidere şi vârsta individului. Autorul spunea că atâta vreme cât corpul şi mintea noastră este în cea mai bună formă, permițându-ne să ducem o viață demnă, sinuciderea nu ar fi justificată. În schimb a trăi în decrepitudine, cu suferințele provocate de o bătrânețe înaintată, a nu te elibera de ea, este o adevărată prostie.

Dreptul roman din epoca imperială lasă fiecăruia libertatea de a-şi alege moartea[6].

Pe măsură ce stoicismul începe să decadă, cam prin secolul al II-lea, legislația romană privitoare la sinucidere devine mai aspră. Neoplatonismul, la fel ca şi cultele orientale, condamnă sinuciderea, care tulbura de fapt sufletul mortului şi îl împiedica să se desprindă de trup pentru a se ridica la ceruri.

1.2. Evul Mediu şi Renaşterea

Evul Mediu se remarcă printr-o absență aproape totală a sinuciderilor ilustre, în contrast cu antichitatea. În peste o mie de ani, nici o sinucidere celebră. Însă modul de viață al aristocrației războinice presupunea conduite de substituție, forme de sinucidere indirecte, cum ar fi turnirurile, asimilate sinuciderilor ludice[7]. În misterele şi miracolele jucate de trupe ambulante, care

---

[5] Seneca. *Scrisoarea LVIII către Lucilius.* (trad. Rom. Gh. Guțu), Editura Ştiințifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1967, pp. 148-149. „...Dacă trupul nu mai e bun de nimic, de ce să nu eliberezi un suflet care se chinuieşte?...N-am să renunț la bătrânețe, dacă mă va lăsa întreg, întreg prin ce e mai bun în mine. Dar dacă va începe să-mi scânteasca sau să-mi ia mințile, dacă-mi va lăsa nu viața, ci numai suflarea, voi fugi din această hardughie putredă şi pornită la vale...este un nevolnic şi un ticălos cel care moare din cauza durerilor, dar este un nebun cine trăieşte numai ca să sufere dureri".

[6] Garrisson, G., Bayet, A. cf. Minois, G., *Istoria sinuciderii.*Editura Humanitas, Bucureşti, 2002, p.60 Existau şapte sau opt circumstanțe ale sinuciderii care nu atrăgeau după sine confiscarea bunurilor: sinuciderea din dezgust față de viață, din suferință la moartea unui fiu, din dorința de a se vorbi despre tine că ai avut o moarte frumoasă, din nebunie, din idioție sau sărăcie de duh, pentru a scăpa de boală şi suferință, din dorința de a scăpa de compromitere în caz de faliment. În cele din urmă, toate tipurile de sinucidere erau permise cu excepția cazurilor de acuzați şi condamnați.

[7] Minois, G., *op.cit.*, p.19. Se spune că, din punct de vedere psihologic, în majoritatea cazurilor, individul dirijează împotriva propriei persoane o agresivitate pe care nu o poate elibera împotriva celorlalți, în societățile civilizate. Însă, cavalerii epocii medievale, mercenarii nu se supuneau interdicțiilor de natură pacifistă şi, prin urmare, violența împotriva semenilor diminua tendința de autodistrugere şi deci de sinucidere. Cronicile medievale sunt totuşi pline de sinucideri indirecte, de tip războinic. Cronicarii timpului semnalează şi cazuri de sinucidere ca urmare a violurilor (vezi moartea Lucreției, a femeilor

puneau în scenă morala Bisericii, se condamnă categoric sinuciderea. În Minunile Fecioarei Maria, sinuciderea este prezentată ca rezultat al disperării inspirate de diavol.

Cântecele de vitejie (*chansons de geste*) prezintă oarecum diferit acest fenomen. Sinuciderea apare aici ca o conduită ce sfârşeşte într-un impas, oricare ar fi motivele ei sau contextul: personajele se sinucid din cauza iubirilor imposibile, din tristeţe extremă, din remuşcare, de ruşine[8].

Comportamentul real şi literatura medievală sunt în deplină concordanţă atunci când sunt diferenţiate sinuciderea „nobilă" de cea „nedemnă". Personalitatea şi motivaţia sinucigaşului contează mai mult decât actul în sine. Ţăranul, care se sinucide pentru a scăpa de mizerie, este considerat un laş al cărui trup trebuie să fie supus supliciului şi al cărui suflet va ajunge în iad. Cavalerul viteaz, plin de calităţi, care preferă să moară în bătălie decât să se predea, este considerat erou şi i se datorează onoruri civile şi religioase[9].

brutalizate de normanzi). Mai sunt semnalate şi sinuciderile de tip altruist, precum aceea a burghezilor din Calais, tentative de sinucidere a Ioanei d'Arc, care, fiind prizonieră, se aruncă din vârful unui turn, declarând că a preferat să moară decât să trăiască după masacrarea atâtor oameni nevinovaţi (aluzie la masacrul de la Compiègne).

[8] Trecerea la act este provocată de mânie, de un acces de gelozie, de disperare, toate considerate la acea vreme păcate. În plus, de regulă, se sinucid personajele negative. Apar uneori şi sinucideri aşa-zise onorabile (în Cântecul lui Daurel şi Beton, Béatrice, după moartea fiului şi exilul soţului, se aruncă dintr-un turn înalt) sau sinucideri altruiste (în Lancelot, Galehaut moare prin înfometare voluntară după ce a aflat că prietenul său s-a omorât, iar Lancelot are şi el o tentativă de sinucidere, fiind salvat in extremis). Şi Cavalerii Mesei Rotunde vorbesc despre sinucidere de fiecare dată când se întâmplă o nenorocire.

[9] Minois, G. *op.cit.*, p. 41. Moraliştii şi poeţii condamnă dezgustul faţă de viaţă, Dante rezervând sinucigaşilor un loc în infern. Ei sunt plasaţi în a doua parte a celui de-al şaptelea cerc, cel al violenţilor. Pentru a-l abate pe creştin de la gândul sinuciderii, Biserica Catolică a recurs la o serie de povestiri regăsite în pildele din cadrul predicilor. Mesajul este acela că este condamnabil să disperi, pentru că, întotdeauna, se va întâmpla o minune venită de la Dumnezeu. Credinciosul are astfel la îndemână un refugiu infailibil împotriva sinuciderii. Cei care, fiind în deplinătatea sănătăţii mentale, se sinucid nu se pot aştepta la nici un fel de milă. Dreptul canonic, fixat în secolul al XII-lea prin operele lui Burchard, Yvo din Chartres, Gratianus, Grigore al IX-lea, este de o extremă severitate în legătură cu sinuciderea. Începând cu această perioadă, înhumarea creştinească le este refuzată sinucigaşilor (deşi prima probă scrisă datează din secolul al XIII-lea, fiind un edict al Conciliului de la Nîmes). Se face o excepţie pentru sinucigaşii care lasă un semn de căinţă in extremis. O ordonanţă din sec. al XIII-lea a municipalităţii din Lille prevedea ca cel care s-a sinucis să fie târât până la eşafod, apoi spânzurat, dacă este bărbat, şi ars dacă este femeie. La Metz, cadavrul trebuia scos din casă printr-un orificiu săpat sub prag, închis apoi într-un butoi care era aruncat în fluviu, cu un anunţ să fie lăsat să plutească la întâmplare. La Zürich, cadavrului i se aplica o pedeapsă specifică fiecărei metode de sinucidere: dacă moartea s-a produs prin înjunghiere cu un pumnal, în craniul mortului se înfigea o pană de lemn, dacă individul s-a înecat, cadavrul lui era acoperit cu nisip la cinci picioare de malul apei, dacă cineva s-a sinucis care lasă un semn de căinţă in extremis. O ordonanţă din sec. al XIII-lea a municipalităţii din Lille prevedea ca cel care s-a sinucis să fie târât până la eşafod, apoi spânzurat, dacă este bărbat, şi ars dacă este femeie. La Metz, cadavrul trebuia scos din casă printr-un orificiu săpat sub prag, închis apoi într-un butoi care era aruncat în fluviu, cu un anunţ să fie lăsat să plutească la întâmplare. La Zürich,

Începând cu a doua jumătate a secolului al XIII-lea, în Anglia, tribunalele hotărăsc să se facă o distincție între cazurile de sinucidere *non compos mentis* (cel care se sinucidea suferea de o maladie mentală) şi cele *felo de se* (trădător al propriei persoane), numai bunurile acestuia din urmă fiind confiscate.

Explicând sinuciderea numai prin acțiunea diavolului şi prin nebunie, Evul Mediu a făcut din ea un act cu totul irațional. Sinuciderea, îndelung gândită şi explicabilă prin simplul motiv al dezgustului față de viață, nu era decât o categorie a nebuniei, melancolia.

Renaşterea reprezintă un tablou aparte în ceea ce priveşte sinuciderea. Deşi esența filonului renascentist era omul, personalitățile timpului vorbesc clar despre o creştere a numărului de sinucideri: Boccaccio era surprins de frecvența sinuciderilor prin spânzurare la Florența, Erasmus de Rotterdam se întreba retoric ce s-ar întâmpla cu omenirea dacă oamenii nu s-ar teme totuşi de moarte, având în vedere uşurința cu care merg în întâmpinarea ei, Luther vorbeşte despre epidemia de sinucideri din Germania anului 1542. Aceasta este perioada când apar primele statistici în ceea ce priveşte sinuciderea, Anglia fiind un exemplu în acest sens[10].

Frământările religioase din epoca Renaşterii timpurii nu aduc o destindere în ceea ce priveşte condamnarea morții voluntare, putându-se constata chiar o

cadavrului i se aplica o pedeapsă specifică fiecărei metode de sinucidere: dacă moartea s-a produs prin înjunghiere cu un pumnal, în craniul mortului se înfigea o pană de lemn, dacă individul s-a înecat, cadavrul lui era acoperit cu nisip la cinci picioare de malul apei, dacă cineva s-a sinucis pin precipitare de la înalțime, el era îngropat sub un munte, cu trei pietre mari pe cap, pe abdomen şi pe picioare. În Anglia, cadavrele sinucigaşilor erau îngropate sub un drum principal, de preferință la o răspântie, pe unde trecea multă lume, țintuit la pământ cu un țăruş de lemn care îi traversa pieptul. Se credea, că, astfel imobilizat şi călcat în picioare, avea puține şanse să se mai elibereze tulburându-i pe cei vii. Execuția cadavrarelor de sinucigaşi era considerată, în acelaşi timp, un ritual de exorcizare dar şi un tratament preventiv. Încercarea era înspăimântătoarea mai ales pentru familia celui decedat, un astfel de spectacol public putând compromite un neam întreg. Urma apoi confiscarea bunurilor. În Franța, din 1205, comisarii regali atribuiau regelui sau nobilului local bunurile mobile ale celor care se înecau sau se sinucideau.

[10] Minois, G., *op.cit.*, p.70. Michael MacDonald şi Terence Murphy arată că se impune o anumită rezervă în analizarea cifrelor care indicau o creştere spectaculoasă a sinuciderilor între 1510 şi 1580: de la 61 de cazuri între 1500 şi 1509 la 940 între 1570 şi 1579. În peste 95% din cazuri, sinucigaşii sunt de tipul *felo de se,* deci vinovați, bunurile lor fiind confiscate. Această progresie spectaculoasă poate fi explicată şi ca rezultat al legilor din 1478, 1509 şi 1510 prin care se reforma procedura ce trebuia urmată în cazurile de moarte suspectă. *Coronerii* sunt responsabili cu organizarea anchetei, primind 13 şilingi şi 4 pennies pentru fiecare verdict de sinucidere; bunurile sinucigaşului sunt confiscate în beneficiul preotului confesor al regelui, ceea ce reprezenta mai multe sute de livre pe an. Era vorba, prin urmare, de o întreagă administrație care avea interes pentru aplicarea strictă a legii referitoare la sinucidere. Nu se ştie, de asemenea, dacă, în scopul îmbogățirii, nu s-au făcut abuzuri, fiind considerate drept sinucideri şi decesele din cauze naturale.

anumită înăsprire. Atât pentru catolici, cât şi pentru luterani, calvinişti, anglicani, sinuciderea era considerată un act diavolesc, intrând, de aceea, în arsenalul luptelor religioase. În secolul al XV-lea, teologii catolici sunt cu toții la fel de intransigenți[11].

În **secolul al XVI-lea**, procedura de anchetă devine mult mai riguroasă. Era nevoie de un proces verbal detaliat în care se specifica locul unde a fost găsit corpul sinucigaşului, chirurgii examinau cu mare atenție cadavrul, se strângeau date privind viața şi obiceiurile defunctului, motivele care l-ar fi putut împinge spre sinucidere; (ceea ce astăzi ar putea să însemne un început de autopsie psihologică), se numea un curator al trupului, care, de altfel, îndeplinea şi rolul de avocat al sinucigaşului în fața tribunalului, erau convocați familia şi moştenitorii persoanei care s-a sinucis. Dacă vreun element din această procedură lipsea, judecata nu era considerată valabilă, iar judecătorii erau pasibili de sancțiuni[12].

Ce este specific Renaşterii în legătură cu acest fenomen? Faptul că acum se descoperă complexitatea acestui fenomen, importanța sa ca revelatoare pentru conduita individuală. Sinuciderea este în continuare respinsă, dar încep să se pună întrebări, să se facă analize.

1.3. Epoca modernă

Secolul al XVII-lea se distinge prin excepțiile care se fac în reprimarea sinuciderii. Reacția autorităților religioase şi civile ale vremii combină severitatea de principiu şi rigoarea selectivă în aplicare. Să fie oare dreptul la sinucidere un privilegiu suplimentar al nobilimii? Poate că da, dacă ținem seama de absența execuțiilor de cadavre ale aristocraților din Franța, Anglia secolului al XVII-lea[13].

---

[11] Domingo de Soto, în „De iustitia et iure" preia de la Sfântul Toma trei argumente pe care le dezvoltă: sinuciderea este un prejudiciu adus naturii şi iubirii de sine, statului şi societății, lui Dumnezeu care ne-a dat viață. Obârşia satanică a sinuciderii, propovăduită de biserică, e cu atât mai uşor acceptată de popor cu cât riturile, învăluite în mister, provenind din vremuri străvechi, practicate asupra cadavrului îşi pun amprenta pe imaginație, inducând individului o frică exagerată, o spaimă care evoca forțele răului.

[12] O lege din epoca lui Carol Quintul făcea distincția între cei care se omorau ca să scape de justiție, acestor persoane confiscându-li-se bunurile în favoarea seniorului, şi cei care se omorau ca urmare a unei boli, din cauza melancoliei, unei slăbiciuni fizice etc.

[13] În aprilie 1610, fiica lordului Mordaunt are o tentativă de sinucidere, aruncându-se pe fereastră; se răneşte numai, dar puțin timp după aceea încearcă să se înece, murind la 5 zile după asta. Jurații clasează cazul, punând verdictul de moarte din cauze naturale. Sinuciderea unui consilier de York, în Anglia, membru al parlamentului, Thomas Hoyle, este şi ea absolvită la intervenția unor prieteni influenți. Avem de-a face cu o inegalitate în ceea ce priveşte anchetarea sinuciderii şi tratarea ei din

La Londra, modul de înregistrare a deceselor permite înțelegerea rolului amplificator al zvonurilor privind sinuciderile. De la începutul secolului al XVII-lea, autoritățile municipale publicau în fiecare săptămână lista deceselor, la început în legătură cu epidemiile de ciumă, apoi regulat, indicându-se şi cauzele morții; este ceea ce se numea *bills of mortality.* Astfel, era disponibilă o listă săptămânală a sinuciderilor din fiecare parohie, în care se menționau şi cazurile de nebunie şi, uneori, profesia victimelor, făcându-se şi un total anual[14].

Ar mai fi de semnalat şi valurile de sinucideri cauzate de circumstanțe extraordinare, cum erau epidemiile de ciumă[15] şi sinuciderile colective legate de teama sfârşitului lumii, semnalate în unele regiuni din Rusia.

Prin urmare, fenomenul sinuciderii pare a fi general, fără a se putea vorbi însă de o epidemie sau de un val de sinucideri pe termen lung. Primele crize financiare ale **secolului al XVIII-lea** care agitau o lume capitalistă destul de îndrăzneață şi relativ puțin pregătită au determinat câteva accese extraordinare: anii crizei lui Law în Franța şi cei ai falimentului Companiei Mărilor Sudului, în Anglia, reprezintă astfel de pusee, numărul sinucigaşilor ajungând brusc de la 20 în 1720 la 52 în 1721 la Londra[16]. Sporeşte tot în această perioadă categoria sinucigaşilor nevoiaşi, din cauza crizelor alimentare, a iernilor grele, a bolilor, războaielor care bântuie Europa.

Filosofii iluminişti se interesează cu toții de fenomenul sinuciderii, unii îl condamnă fără să ezite, alții proclamă totala libertate a omului de a dispune de

---

punct de vedere juridic.

[14] Aceste liste apăreau în ziarele din capitală şi chiar în provincii. Independent de datele reale, simpla lor publicare ajunge să creeze impresia de frecvență, sinuciderile devenind pentru populație un subiect familiar, impresionau cititorul prin regularitatea lor. Această practică se va dezvolta într-atât în secolul al XVIII-lea, încât ajunge să stea la baza mitului „maladiei englezeşti". Asemenea statistici nemaiexistând nicăieri altundeva în forma aceea ajung să dea impresia unei slăbiciuni a societății englezeşti. Aceste liste ajung să fie valorificate în a doua jumătate a secolului XVII de primul demograf autentic, John Graunt. El şi-a manifestat rezerva în ceea ce priveşte corectitudinea acestora, semnalând o subraportare remarcabilă a persoanelor decedate care nu erau îngropate în cimitire, respectiv copiii născuți morți şi sinucigaşii. Media sinuciderilor, conform datelor strânse de Graunt, era pentru perioada 1629-1660 de 3 la 100.000 de locuitori.

[15] Defoe, D. (trad. Antoaneta Ralian), *Jurnal din anul ciumei.* Editura Univers, Bucureşti, 1992.

[16] Minois, G. *Op.cit.* p. 198. Studiindu-se datele istorice, acum este sigur pentru toată lumea că dezvoltarea capitalismului reprezintă unul din factorii importanți ai creşterii ratei sinuciderilor în această perioadă. Întemeiat pe risc, individualism, concurență acerbă, el poate fi considerat factor de instabilitate şi nesiguranță. Sporeşte tot în această perioadă categoria sinucigaşilor nevoiaşi, din cauza crizelor alimentare, a iernilor grele, a bolilor, războaielor care bântuie Europa.

propria-i viață, alții sunt mai nuanțați, acceptându-l sau respingându-l în funcție de context[17].

Lui Voltaire suicidul în sine îi provoacă mai mult curiozitatea decât simpatia. Vorbeşte mult despre acest fenomen, se documentează, caută motivele care îi împing pe unii oameni să-şi pună capăt zilelor, el fiind foarte ataşat de viață. Are şi el, însă, momente când este dezgustat de societate, de spectacolul prostiei omeneşti[18].

Reflecțiile asupra sinuciderii aparținând autoarei franceze Madame de Staël[19] egalează aproape un tratat ştiințific, în care această problemă este analizată într-o manieră echilibrată şi neutră. Aceasta poate fi considerată lucrarea care face trecerea de la operele angajate ale secolului al XVIII-lea la studiile psihologice şi sociologice din secolul al XIX-lea. Ideea de bază este că

---

[17] Montesquieu, Ch. (trad. Ştefan Popescu). *Scrisori Persane.* Editura Hyperion, Chişinău, 1993, p.109. De exemplu, Charles de Secondat, baron de Montesquieu, critica vehement reprimarea judiciară a sinuciderii: „În Europa, legile sunt foarte aspre cu cei care se sinucid: sunt omorâți pentru a doua oară, ca să zic aşa. Sunt târâți în batjocură pe ulițe, sunt stigmatizați, li se confiscă averile. Mi se pare, Ibben, că legile acestea sunt cu totul nedrepte: Când sunt copleşit de durere, de dispreț, de ce să fiu împiedicat să-mi pun capăt suferințelor şi să mi se răpească un leac ce se află în mâinile mele?" În viziunea lui, sinuciderea nu aduce nici un prejudiciu societății, nici Providenței Divine. Societatea este bazată pe un avantaj mutual, dacă cineva nu mai beneficiază de acest avantaj din contract, de ce să nu fie liber să se retragă. Viața i-a fost dată omului ca un bun, dacă el nu o mai percepe ca atare de ce să nu o dea înapoi.

[18] Voltaire. *Histoire de la Littérature française.* Editura Universității Bucureşti, 1974. I se pare că omenirea nu era decât o adunătură îngrozitoare de criminali nefericiți. În articolul său „Despre Cato şi suicid" publicat în „Dictionnaire philosophique", plecând de la cazuri concrete, el a schițat o analiză a motivelor care le-au determinat pe anumite persoane să se sinucidă. Pentru prima dată, cineva se întreabă dacă nu este vorba şi de o latură ereditară. Denunțând absurditatea legilor penale ale epocii, în „Prix de la justice et de l'humanité", Voltaire spunea că oricum sinucigaşilor care sunt morți de-a binelea nu le mai pasă că sunt târâți pe străzi, că sunt spânzurați şi le confiscă bunurile. Însă moştenitorii lor pun totul la inimă. În final, autorul se adresează retoric autorităților „Nu vi se pare crud şi injust să jefuieşti un copil de moştenirea tatălui său numai pentru că este orfan?"

[19] Madame de Staël. *Réflexions sur le suicide.* În "Oeuvres completes", Ed. Firmin-Didot, Paris, 1961, vol. III, p.179. „Cu toate acestea, n-am avut dreptate să pretindem că sinuciderea este un act de laşitate: această aserțiune forțată nu a convins pe nimeni; dar trebuie să distingem în acest caz curajul de fermitate. Pentru a te sinucide, e necesar să nu te temi de moarte; dar înseamnă să-ți lipsească fermitatea sufletului, să nu fii în stare să suferi. E necesară un fel de furie pentru a învinge în sine instinctul de conservare a vieții, când nu sentimentul religios e cel care îți cere acest sacrificiu. Cea mai mare parte a celor care au încercat în zadar să-şi ia viața nu şi-au repetat tentativa, pentru că există în suicid, ca în toate actele haotice ale voinței, o anumită nebunie, care se domoleşte când se apropie prea mult de țelul ei". Examinând raporturile suicid-religie, aceeaşi Doamnă de Staël spune că resemnarea pe care o obținem prin credința religioasă este un fel de suicid moral şi, tocmai de aceea, e atât de contrară sinuciderii propriu-zise; căci renunțarea la sine-însuşi are drept scop consacrarea persoanei semenilor săi, iar suicidul provocat de sila de viață nu este decât doliul sângeros al fericirii personale. Doamna de Staël rămâne însă o romantică, neavând în vedere decât sinuciderile nobile. În rândul oamenilor obişnuiți realitatea cotidiană a sinuciderii este mai puțin glorioasă şi mai stabilă. Oamenii se sinucid de secole din aceleaşi motive de suferință elementară.

trebuie să evităm să-i judecăm pe cei care se sinucid pentru că sunt nefericiți, demni de compătimire, nu de ură, de laudă sau dispreț. Autoarea afirmă că, din punct de vedere psihologic, există întotdeauna în sinucidere o parte de irațional care însoțeşte paroxismul pasiunilor.

În ceea ce priveşte **jurisprudența legată de sinucidere**, mai cu seamă bătălia pentru scoaterea sinuciderii de sub incidența penală, tocmai, în Anglia, unde sinuciderea părea a fi fost abordată într-o manieră oarecum mai liberală, acest lucru se produce cel mai târziu, întâi fiind abolite sancțiunile religioase (1823), apoi sancțiunile civile (1870). A trebuit, însă să se aştepte a doua jumătate a secolului al XX-lea (1961) pentru ca sinuciderea să nu mai fie considerată o crimă[20].

În Franța, între 1789 şi 1790 au apărut cinci tratate care cereau scoaterea de sub incidența penală a sinuciderii[21].

Secolul al XIX-lea aduce o schimbare în dezbaterile privind sinuciderea, începându-se din ce în ce mai mult să se discute cauzele fenomenului, fie ele sociale, fie psihologice. Problema responsabilității individului devine secundară, omul fiind din ce în ce mai mult perceput ca manipulat de factori sociali sau psihologici, factori pe care el nu-i poate controla.

În căutarea adevărului despre sinucidere, ca şi despre alte fenomene, spiritul uman a trecut de-a lungul istoriei de la certitudine la îndoială, îndoială

---

[20] Beccaria, C. (trad. Dora Scarlat). *Infracțiuni şi pedepse.* Editura Rosetti, Bucureşti, 2001. În 1760, judecătorul englez Edward Umfreville, în *Lex coronatoria,* propunea o restrângere a verdictului de *felo se* numai la cazurile de sinucidere a criminalilor. Pentru ceilalți, mai ales pentru cei care îşi iau viața sub efectul unui şoc, al unei probleme emoționale, al unei supărări, al unei infirmități, boli, se impune verdictul *non compos mentis.* În 1764, apare celebrul tratat al lui Beccaria „Tratat despre delicte şi pedepse" în care se arăta inutilitatea, ineficacitatea şi nedreptatea reprimării sinuciderii, spunându-se că sinuciderea este o crimă care nu pare să admită, la drept vorbind, vreo pedeapsă, căci ea nu poate fi aplicată decât unui nevinovat sau unui trup insensibil. În primul caz, ea este injustă şi tiranică, deoarece libertatea politică presupune ca toate sancțiunile să fie în întregime personale; în cel de-al doilea caz, ea are acelaşi efect ca biciuirea unei statui.

[21] Minois, G. *op.cit.* , p.312. Chaussard (Théorie des lois criminelles) scria că orice sancțiune în acest sens este iluzorie şi deşartă, iar Pastoret (Des lois pénales) credea că a târî un trup lipsit de viață pe o lesă de nuiele este un supliciu pe care cu greu l-am ierta antropofagilor. Thorillon, ridicându-se împotriva nedreptății confiscării, spunea şi el că pedepsirea sinuciderii nu este decât o pedeapsă veche şi hidoasă care nu poate să ne facă decât să deplângem slăbiciunile omeneşti, fără să le corectăm. Vasselin (Théorie des peines) considera că sinuciderea era poate o slăbiciune, o laşitate, mai sigur un act de nebunie. „Cel care se sinucide nu tulbură liniştea publică, nu vatămă moravurile, nu atacă nici proprietatea, nici siguranța, nici onoarea concetățenilor lui. Poate că-l nemulțumeşte pe Dumnezeu, dar nu zdruncină religia. Atunci, cu ce drept sau mai degrabă cu ce mijloc să-l pedepseşti? Numai legilor noastre iraționale le era caracteristic să ultragieze un cetățean după moartea lui"

care devine la rândul ei generatoare de noi certitudini şi de iluzii. Problema libertății fiecărui individ asupra propriei vieți este pusă şi repusă în discuție sub efectul unor crize profunde. În evoluția societății, dezbaterile privind sinuciderea trec de la propunerea scoaterii ei de sub incidența legii şi recunoaşterea unor morți voluntare ca fiind sub semnul măreției şi al demnității (apanajul filosofilor) la insistența pedepsirii acestui act care, în viziunea oamenilor legii, minau conştiința colectivă. În final, s-a obținut scoaterea de sub incidența legii a sinuciderii, dar a rămas mentalitatea colectivă cu tăcerea ei reprobatoare.

2. Cadrul conceptual al sinuciderii. Dificultăți de definire.

2.1. Dificultăți în definirea şi abordarea sinuciderii

Repertoriul comportamentelor suicidare este extrem de larg şi de divers, mergând de la simplul gând de a o termina cu viața până la pregătirea minuțioasă a unui plan de sinucidere şi obținerea mijloacelor necesare pentru a o duce la bun sfârşit, de la tentativa de sinucidere şi până la trecerea la actul propriu-zis, adică sinuciderea realizată.

Chiar termenul de "sinucidere", ca atare, ne trimite la violență şi agresivitate[22]. *Enciclopedia Britannica*[23] dă următoarea definiție a sinuciderii: "Acțiune prin care ființa umană îşi provoacă moartea".

Dacă am analiza toate definițiile sinuciderii, am observa că elementul cheie al acestora este reprezentat de hotărârea de a muri. Totuşi, trebuie menționat că specialiştii sunt încă departe de a se pune de acord cu terminologia cea mai potrivită care să descrie un comportament suicidar.

Din **perspectivă psihanalitică**[24]**,** sinuciderea este tratată ca o formă de autoagresiune, un potențial agresiv care nu se poate manifesta asupra unui obiect extern[25], centrându-se asupra propriului eu şi sfârşind prin a-l distruge.

[22] Minois, G., *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*.Baltimore, Maryland, John Hopkins University Press, 1999. Numele acestui fenomen vine din Anglia. "Suicid" este un termen apărut în secolul al XVII-lea, ceea ce este revelator pentru evoluția mentalității şi frecvența sporită a dezbaterilor pe acest subiect. Cel care a vorbit cel dintâi despre sinucidere într-o lucrare a sa (Religio medici – 1642), a fost medicul şi filosoful Thomas Browne: el a creat termenul de la cuvintele latineşti "sui" (de sine) şi "caedere" (omorâre), prin urmare "omorâre de sine". Acum se stabileşte de fapt distincția între a se omorî pe sine şi a omorî pe altcineva. După 1650 neologismul se răspândeşte în limba engleză prin lucrările lexicografului Thomas Blount şi ale editorului lui Epicur, Walter Charleton. În 1658, Edward Phillips îl include în Dicționarul General, dar cu un comentariu etimologic rău voitor, invocându-se latura animalică a omului, care îl impinge la sinucidere. Termenul apare şi în franceză, dar mai târziu, abia spre prima jumătate al sec. al XVIII-lea, datorită Abatelui Prévost care îl menționează în revista lui „Le Pour et le Contre", atunci când relatează povestioare englezeşti, alimentând ideea mitului maladiei englezeşti. Verbul franțuzesc „se suicider" este de fapt folosit sub forma unui pleonasm sau a unei redundanțe, nereuşindu-se desprinderea de ideea de crimă împotriva propriei persoane. În limba engleză, forma verbală nu există, substantivul „suicide" trebuind însoțit de un verb de acțiune (to commit suicide). Tot în sec. XVIII, din engleză, termenul se transmite în spaniolă, italiană, portugheză.

[23] www.britannica.com

[24] Appignanesi, R., Zarate, O. (trad. Irina Margareta Nistor). Câte ceva despre Freud (titlul original Introducing Freud). Editura Curtea Veche, 2000. Freud vorbea despre existența în fiecare individ a unui instinct de moarte – destrudo -, care s-ar opune instinctului vieții şi reproducerii - libido -, instinct care s-ar putea ca, în anumite cazuri, să prevaleze dacă nu este sublimat în substitute, cum ar fi renunțarea la sine în cadrul devotamentului absolut pentru ceilalți.

[25] Flaubert, G. *Oeuvres*. Ed. A. Thibudet et R. Dumesnil, Paris, 1983. Flaubert, în scrisorile sale către Louise Colet spunea: „Am vrea să murim pentru că nu-i putem face pe ceilalți să moară, orice suicid fiind poate un asasinat întors spre înăuntru". După această teorie, rata sinuciderilor are tendința să crească în societățile cele mai structurate, cele în care violența exterioară este cea mai îngrădită, în acest caz rata sinuciderilor fiind invers proporțională cu aceea a crimelor. Obiecția principală care se aduce punctului de vedere psihanalist constă în aceea că el se bazează pe experiențe ale persoanelor cu grave tulburări de natură psihologică, iar o eventuală extindere a teoriei la sinucidere, în general, ar implica faptul că toate

Psihanaliştii considerau că agresivitatea era declanşată de o pierdere obiectuală care trebuie înțeleasă ca o pierdere a relației cu o persoană, dar şi ca o frustrare profundă legată de aceasta. Deoarece nu poate accepta pierderea suferită, individul ajunge să internalizeze obiectul, identificându-se cu el. Toate resentimentele față de acesta se întorc asupra individului însuşi şi determină acțiuni autodistructive.

În accepțiunea lui Alfred Adler[26], sinuciderea ar fi "un protest activ împotriva colaborării utile, o retragere totală din fața problemelor vieții, generată de înfrângere sau teama de o înfrângere în una din cele trei mari probleme ale vieții: societatea, profesiunea sau iubirea. Sinuciderea poate fi considerată şi cea mai impresionantă provocare pentru psihologie, ea fiind favorizată de carențele sentimentului de comunicare, apărând pe fondul unei melancolii".

Mulți specialişti au fost şi sunt de acord că singura axă explicativă, demnă de luat în seamă, este cea individualistă, genetică şi psihologică în acelaşi timp[27].

Unii suicidologi propun înlocuirea cuvântului „suicide" cu cel de „suisad", care ar însemna un sine (*self)* trist. Ei cred că acest concept ar fi mai clarificator, pentru că, în fond, cel care se sinucide doreşte şi să se salveze pe el-însuşi, dar doreşte mai ales să omoare tristețea. De aici şi propunerea de introducere a conceptului de *penacid.* Pena provine din latinescul "poena" (pedeapsă sau tortură, chin). *Cide* provine din latinescul "cedere" (a doborâ, a trânti la pământ). Penacid înseamnă "omorârea durerii". Acest concept elimină noțiunea de "a dori să mori"[28].

---

persoanele care se sinucid să aibă dezechilibre grave de personalitate.

[26] Schultz, Duane. *Theories of Personality. Chap. 4 Alfred Adler.* Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California, 1986, p. 100-124.

[27] Baechler, J. *Les suicides*. Collin, Paris, 1975. El crede că moartea voluntară nu trebuie studiată pornind de la statistici, ci pe baza cazurilor individuale, pentru că sinuciderea este o conduită exclusiv umană şi personală. Omul se sinucide din motive deopotrivă genetice şi psihologice. Patrimoniul său genetic îl înzestrează cu o anumită agresivitate şi cu o anumită capacitate de a se adapta la încercările existențiale. Chiar mai mult, spun autorii, anumite situații sunt extrem de favorabile unei rate ridicate a sinuciderii: lipsei de integrare în grup, rigorii excesive a codului moral, fapt ce sporeşte ocaziile de a greşi şi de a se compromite.

[28] Chiles, J.A., Strosahl, K. *The suicidal patient: principles of assessement, treatment, and case management.* Whiley & Son, New York, 1995. Orice persoană are potențialul de a deveni suicidar când se confruntă cu situații care îi provoacă suferință emoțională din care simte că nu poate scăpa, că este fără sfârşit şi de nesuportat.

În ultimii ani, s-au impus expresiile “comportament suicidar fatal”, pentru a califica actele suicidare care au ca rezultat moartea persoanei, şi “comportament suicidar nonfatal”, când se referă la actele suicidare care nu au ca rezultat moartea, deci la tentativele de sinucidere (această expresie este curentă în S.U.A.) sau la parasinucidere, ori act destructive deliberat (terminologie curentă în Europa).

În multe documente tehnice medicale găsim expresia “ideație suicidară” ceea ce înseamnă a-şi pune capăt zilelor într-un mod mai mult sau mai puțin intens şi elaborat. Acest concept ne mai poate trimite şi la ideea de “sătul de viață”, la convingerea că viața nu mai merită trăită, la dorința de a nu se mai trezi din somn[29]. Deşi aceste sentimente diferite, respective ideații, corespund unor grade diferite de gravitate, nu trebuie să absolutizăm afirmând că între ele există un continuum. Intenția de a muri nu este, în cele din urmă, un criteriu obligatoriu al comportamentului suicidar nonfatal.

Sinuciderea este actul de conduită intențională, voluntar-deliberată, legat de un motiv exogen (social sau psiho-social) şi de o motivație endogenă (psihologică sau psihopatologică), specifice pentru fiecare individ în parte, cu rezonanță ideo-afectivă asupra personalității sale, declanşând pulsiuni autoagresive prin schimbarea atitudinii morale față de sine şi față de lume şi având ca finalitate întreruperea desfăşurării fireşti a cursului vieții biologice printr-un proces de traumatizare al propriului corp. Această definiție a suicidului permite să fie acceptate, în mod egal, atât o etiologie pur patologică a acestuia, precum şi o atitudine motivată de interesele morale ale persoanei respective, absolut nepatologică. În cazul suicidului, întreruperea cursului vieții, nu trebuie privită automat ca un fapt clinico-psihiatric, ca expresie a unei boli sau cel puțin a unei tulburări psihice. Ea nu este numai anularea instinctului de conservare, ci concomitent, şi dorința simbolică de *a ieşi,* prin moarte, considerată ca *gest suicidar* dintr-o existență considerată inacceptabilă pentru individ. O existență pe care acesta o percepe ca pe o constrângere şi pe care o refuză. În acest caz

[29] Paikel, E.S. et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124 : 460-469

gestul suicidar are semnificația simbolică a unei încercări de trecere într-un alt registru al existenței, depăşind astfel o *situație-limită* impusă[30].

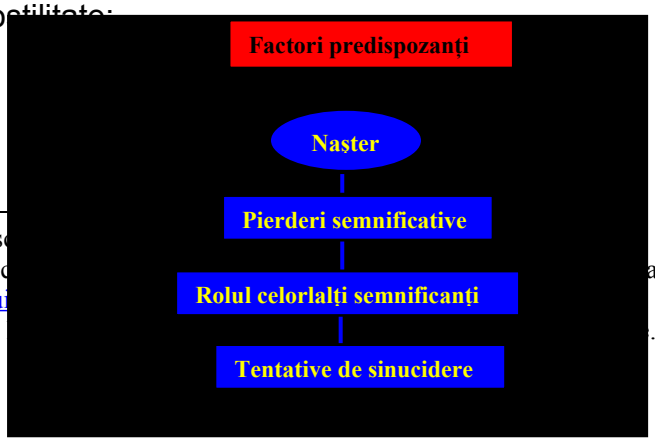
„Condamnată de prescripțiile religioase, de atitudinile opiniei publice şi, nu în ultimul rând, de reglementările legislațiilor contemporane, sinuciderea pare, cel puțin în aparență, un gen de conduită care implică numai individualitatea persoanei şi ale cărei motivații interioare sunt greu de perceput sau descifrat...Într-un anume sens, actul sinucigaş concentrează în el un întreg univers de sentimente umane: frustrarea, ura, gelozia, pasiunea morbidă, lezarea demnității, violența proiectată asupra propriului eu, toate se împletesc cu pierderea instinctului primordial al vieții..."[31].

Intenția suicidară este relativ simplu de descris. Totuşi, studierea sa ştiințifică se extinde la riscul de estimare a morții, pe de-o parte, şi la reliefarea motivelor, cauzelor pe de altă parte. Ambele direcții sunt dificil de urmărit dacă vorbim despre metodologia cea mai adecvată.

2.2. Eforturi metodologice, instrumente de cercetare

Specialiştii psihologi, cercetători în domeniul suicidologiei au elaborat diverse instrumente (scale şi teste)[32] care alături de interviuri să ajute la estimarea riscului de moarte şi la stabilirea motivației suicidare:

- scala Hatton şi Valente (1977) specifică faptul că factorii asociați unui risc sporit de sinucidere sunt, în linii mari anxietatea, depresia, izolarea,resurse psihice, strategii de coping, valoarea celorlalți considerați de subiecți ca fiind semnificativi, satisfacția în ceea ce priveşte ajutorul psihiatric primit anterior, o viață stabilă, stilul de viață, existența unor tentative anterioare, dezorientare/dezorganizare, ostilitate;



30 Enăches
31 Rădules a Lex, Bucureşti, 1999, p.214.
32 www.su că scalele şi testele poartă numele autorilor .

Fig. 1: Factorii predispozanți ai sinuciderii

- scala de potențial de sinucidere (Suicidal Potential Scale) elaborată de Cull şi Gill în 1983 are avantajul de utilizare aproape a tututror itemilor de conținut nonsuicidar la care un subiect poate răspunde direct; scorurile sunt folosite pentru evaluarea persoanei pe patru nivele de risc pentru sinucidere letală, creionând în acelaşi timp un profil pe alte trei scale privitoare la lipsa speranței, evaluare negativă de sine şi ostilitatea; este foarte utilă mai ales pentru măsurile profilactice care se iau în cazul subiecților cu risc maxim;
- scala Bruni (1985) identifică elementele care țin de sarcina mamei, evenimente în timpul naşterii ca factori de risc: lipsa îngrijirii prenatale, boli cronice ale mamei, insuficiența respiratorie la naştere;
- Moses (1985) a stabilit că bărbații prezintă un risc mai mare de sinucidere după 45 de ani cu boli cronice şi cu un sistem de credințe tradițional, inflexibil care respinge împărtăşirea sentimentelor, cererea de ajutor.
- Tomlinson-Keasy (1986) a găsit şapte variabile ca posibili predictori ai sinuciderii la femei: sănătatea fizică, pierderea timpurie a tatălui, stresul în familia de origine, probleme cu alcoolul şi trei indici de sănătate mentală;
- Semnăturile suicidare identificate de Shneidman (1971) sunt: tentative de sinucidere, anxietate, abuzul de alcool, de droguri, homosexualitatea, instabilitate vizibilă şi depresie. Mai sunt luate în calcul evaluările de

temperament precum fericirea, proasta dispoziție, impulsivitatea, încrederea în sine, emoționalitatea şi sentimentul de inferioritate;

- Motto (1986) a elaborat o scală cu 15 itemi în care sistemul de scorare permite stabilirea unui nivel de risc pentru orice subiect în următorii doi ani; în afara itemilor cunoscuți apar unii noi, respectiv schimbarea bruscă a greutății (mai mult sau mai puțin de 10%), numărul orelor de somn noaptea (6 ore sau mai mult), insatisfacția privind tratamentul anterior şi reacția negativă subiectivă a intervievatorului față de client;
- Lesch & Walter (1985) într-o serie de studii privind riscul şi motivația pentru sinucidere au reliefat relația dintre depresie, nefericire şi intenția suicidară, depresia şi intenția fiind chiar dependente de nefericire;
- Beck (1985) a stabilit că itemii din chestionarul elaborat de el referitori la pesimism, simțul eşecului, neplăcere de sine şi ideația suicidară sunt cei mai puternici în identificarea pacienților depresivi cu mare risc de sinucidere pe termen lung;
- Modelul triangular de prevenire a sinuciderii elaborat de Cutter (1983) reprezintă un efort de abordare a motivelor clinice în aşa fel încât să permită specialiştilor să aplice o intervenție selectivă în modul cel mai direct cu putință. Modelul împrumută logica prevenirii incendiului: dorința de a muri reprezintă scânteia, actele de autoagresiune sunt similare oxigenului, iar depresia este benzina, toate împreună producând focul, respectiv actul de sinucidere ca atare; lipsa oricăruia dintre aceste elemente previne comportamentul autoagresiv; condiția necesară şi suficientă pentru comportamentul suicidar este, în opinia lui Cutter, ca toate aceste trei elemente să existe.

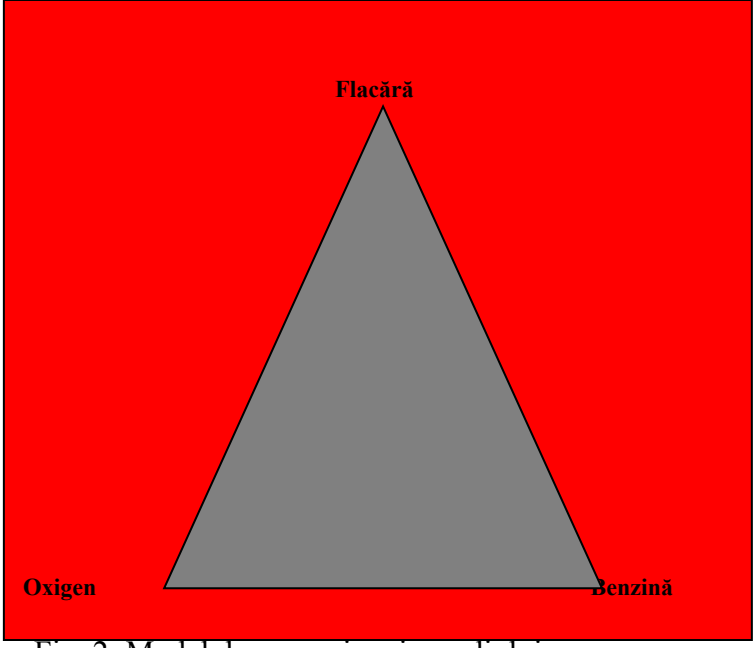


Fig. 2: Model de prevenirea incendiului

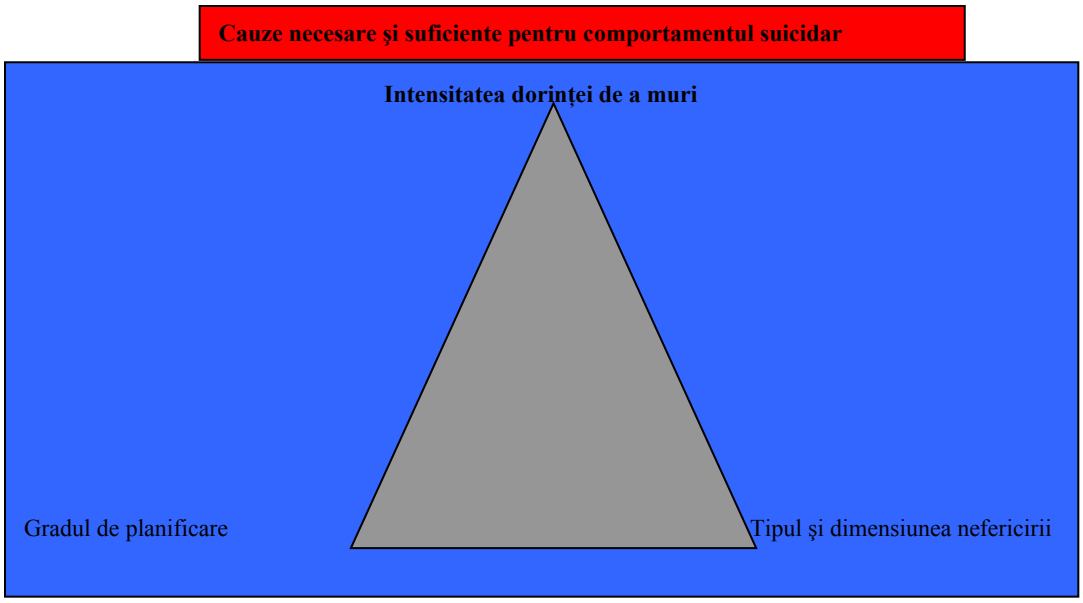

Cauze necesare şi suficiente pentru comportamentul suicidar
Intensitatea dorinței de a muri
Gradul de planificare
Tipul şi dimensiunea nefericirii

Fig. 3: Modelul Cutter de prevenirea sinuciderii

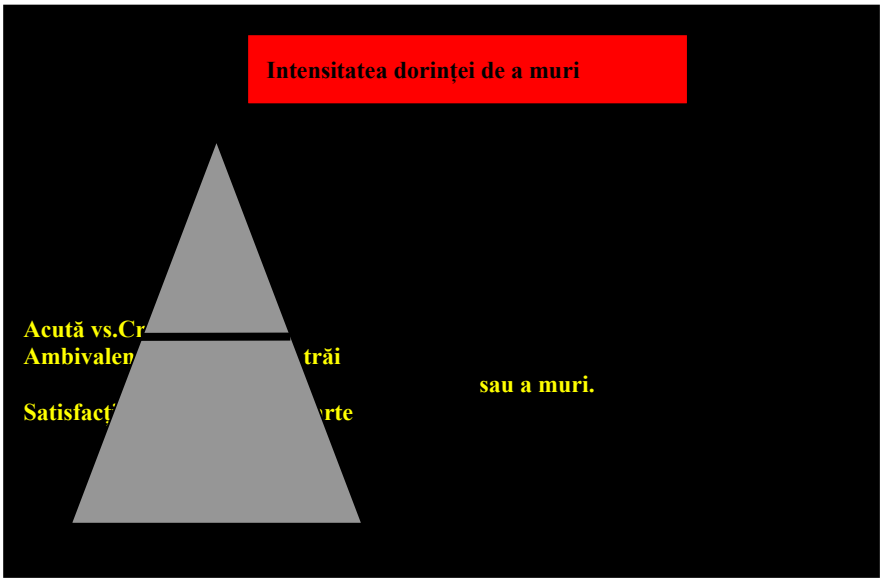


Fig. 4: Analiza dorinței de moarte

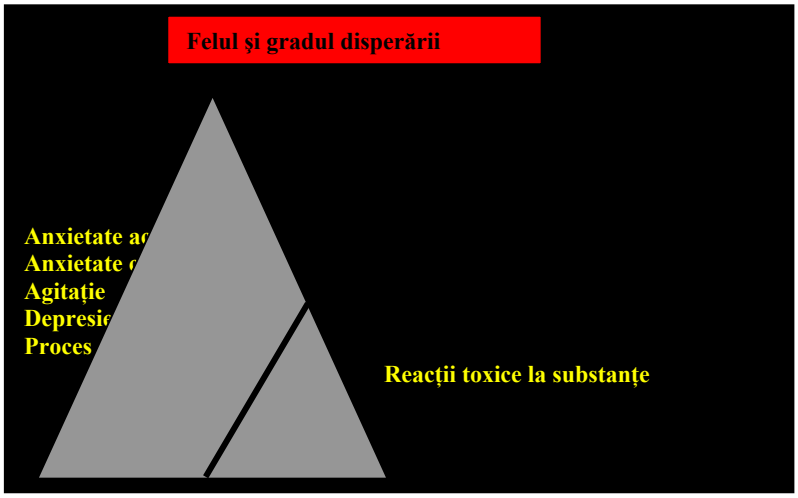


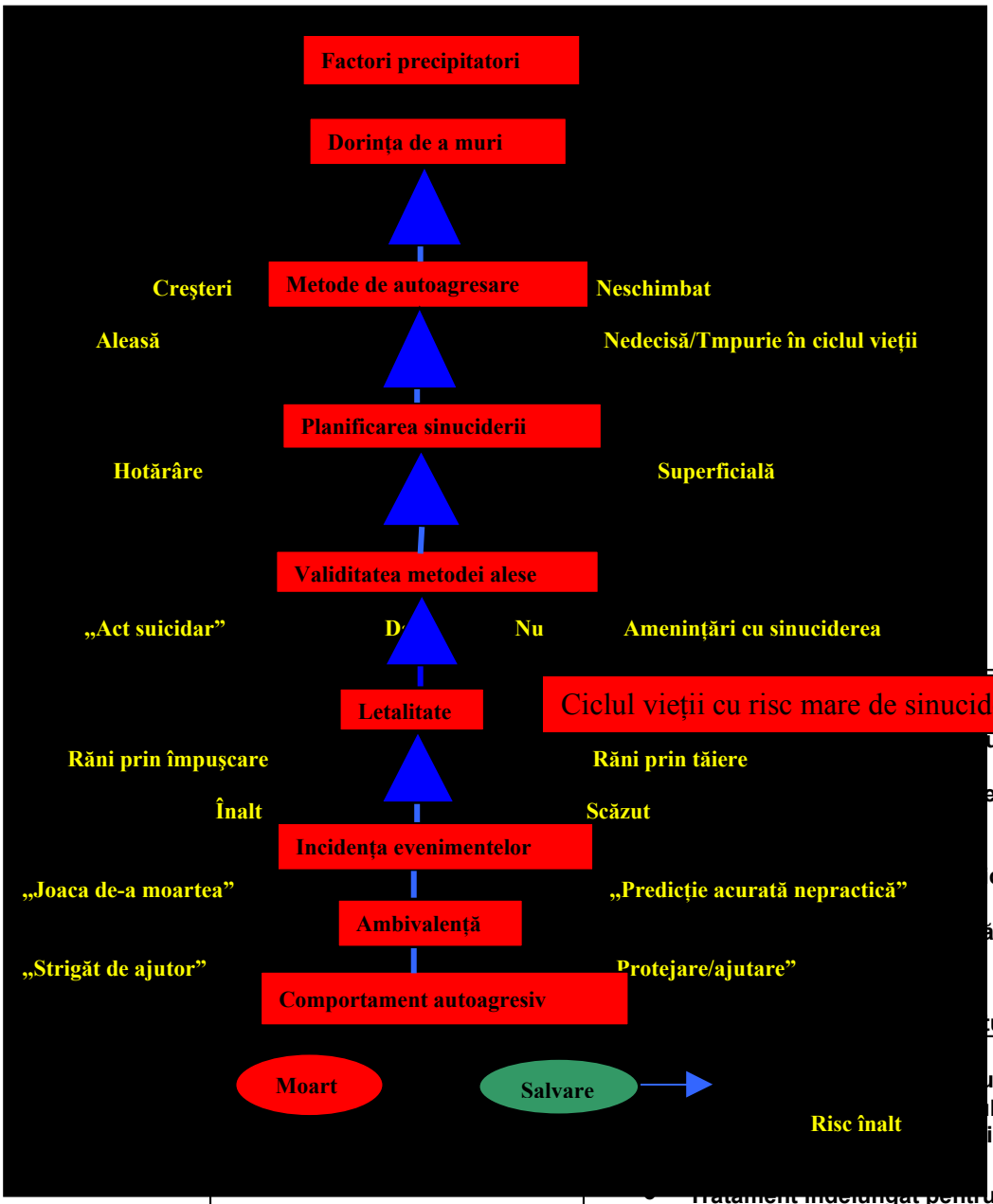
Fig. 5: Analiza disperării

- Stephens (1983) pune față în față metodele sociologice şi psihologice în vocabularul motivelor de sinucidere reuşită aşa cum reies ele din scrisorile sinucigaşilor, comparația făcându-se între “activitatea interpersonală, orientată spre oferirea unui sens sinelui şi altora” şi “presiunile interne spre acțiuni văzute ca motive de surse

comportamentale". Din perspectivă sociologică, argumentează autoarea, atât victimele cât şi nevictimele dezvoltă vocabulare de motive, asigurând explicații acceptabile; autoarea a identificat nouă motive în scrisorile sinucigaşilor din literatura suicidologică, comparate cu datele experimentale obținute din intervievarea studenților din ultimul an din 106 facultăți privind o sinucidere „justificată", trăgând concluzia că există un limbaj comun despre subiectul sinuciderii care serveşte la justificarea acțiunii de autoagresiune atât la victime cât şi la cei din anturajul lor. Victimele se văd ca eroi sau cel puțin raționali în motivele invocate.

- Adams (1981), pe baza unor studii experimentale pe subiecți studenți ai căror părinți au decedat înainte ca ei să împlinească 16 ani sau care au divorțat, lotul de control fiind alcătuit din studenți cu familii normale, a ajuns la concluzia că pierderea părinților este un factor de risc pentru tentativele de sinucidere. De asemenea, disciplina severă în copilărie, conflictele parentale corelează cu actele de natură psihiatrică de autoagresiune la vârsta adultă la pacienții depresivi.
- Van Hoesel (1983) a găsit, în încercarea sa de a identifica o tipologie empirică a sinuciderii, cinci clusteri valabili pentru 86% din cazurile investigate (404 studii de caz): agresiune, alienare, fuga de realitate, depresie/stimă de sine de nivel scăzut şi confuzie.

Foarte importante pentru estimarea riscului de sinucidere sau a tentativelor sunt analizele în care factorii epidemiologici au o importanță deosebită. Factorii epidemiologici sunt folosiți în identificarea gradului de risc pentru orice element de natură medicală. Se alcătuieşte o hartă care foloseşte rata morților suicidare în fiecare an în vederea stabilirii probabilității pentru fiecare din factorii epidemiologici indicați: vârstă, sex, boală mentală anterioară, antecedente în ceea ce priveşte tentativele de sinucidere, faptul că locuieşte singur, alcoolism şi externare recentă. Astfel de informații pot fi folosite de specialiştii în domeniul sanitar ca un ghid atunci când trebuie să ia decizii de ordin clinic sau managerial (externare, frecvența controalelor în spital)



Ciclul vieții cu risc mare de sinucidere

	3-15 ani şi alte tive u a unei persoane care a ținut ematură a unui părinte după sau emoționale până la 16 ani ciu sau la armată áieşte singur tulburări mentale
	u droguri l, probleme intestinale, cu i, precum şi alte afecțiuni • Tratament indelungat pentru boli cronice (de ex. diabetul) • Amenințarea prematură cu boala (boli de inimă, cancer, accident vascular cerebral) • Comportament nesatisfăcut-dependent • Noi pierderi • Două sau mai multe accidente severe, inclusiv supradoza • Instituționalizare : spital, închisoare • Comportament autoagresiv, letalitate scăzută, salvarea de sine

Ultimul stadiu	• **Resurse personale diminuate** • **Pierderi semnificative în ultimii doi ani** • **Pierderea speranței** • **Criterii de abordare a morții** • **Persoane apropiate mai competitive şi mai consuming** • **Lipsă de direcție şi de scop (abulie, rătăcire), pluteşte la voia întâmplării şi în afara comunității** • **Depresie acută sau recentă** • **Dependența de diverse substanțe** •

Punctul de vedere psihologic poate sta la baza explicării mecanismului de trecere la actul suicidar, dar nu poate explica constanța fenomenului la nivel de grup social. Dacă sinuciderea ar avea cauze exclusiv psihologice, se poate pune o întrebare justificată, şi anume de ce rata sinuciderilor este aproape invariabilă pentru o anumită societate pentru perioade lungi de timp. Durkheim[33] susținea ipoteza existenței unei **determinări sociale a sinuciderii**. El a observat că fiecare popor are o tendință colectivă de sinucidere bine determinată, care este invers proporțională cu gradul de integrare a individului în social. Aserțiunile lui, precum sinuciderea preponderant masculină, rata scăzută a sinuciderii la persoanele căsătorite, intensificarea fenomenului în timpul crizelor economice şi scăderea numărului de sinucideri în timp de război, au fost verificate şi confirmate de numeroşi cercetători care i-au urmat. El vorbea despre trei mari categorii de sinucidere, în funcție de cauzele care o determină: sinuciderea egoistă – aici intră indivizii cei mai slabi integrați în grupul lor familial, religios şi politic -, sinuciderea altruistă – se referă la societățile în care întâlnim un grad de integrare excesiv, putând justifica sacrificarea pentru grup -, sinuciderea anomică – este cauzată de dereglările mecanismelor sociale, care nu asigură satisfacerea trebuințelor elementare. Jack Douglas[34], pornind de la confruntarea cauzelor sociale ale sinuciderii şi motivele care fac ca un individ să treacă la actul sinucigaş, vorbeşte despre un presupus caracter eronat al statisticilor în domeniu. El consideră că documentele lăsate de sinucigaş (scrisori de adio, note, jurnale) sunt cu mult mai importante pentru descifrarea unui act de sinucidere decât statisticile, care de cele mai multe ori nu sunt decât interpretări,

[33] Durkheim, E. *Despre sinucidere.* (trad. Mihaela Calcan). Editura Institutului European, Bucureşti, 1993.

[34] Douglas, J. *The Social meanings of Suicide.* Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 1967.

în urma actului ca atare, ale unor situații sociale investite de sociolog sau statistician cu diverse semnificații.

2.3. Mituri legate de sinucidere.

Pornind de la percepția oamenilor privind sinuciderea, au apărut interpretări neconforme cu realitatea, aşa numitele mituri:

- Persoanele care vorbesc despre sinucidere nu ajung niciodată să se sinucidă; total greşit. Se recomandă să nu se ignore amenințările cu sinuciderea pentru că datele au dovedit că apropape toți aceia care s-au sinucis sau au încercat să o facă au dat anterior semnale de avertizare de tipul „o să-ți pară rău când o să mor” sau „nu văd altă cale de a rezolva decât...”, indiferent de cât de ocazionale sau disimulate sub forma unei glume nevinovate, ele pot indica o ideație suicidară serioasă;
- Oricine încearcă să se omoare este mai mult ca sigur nebun; iată din nou o idee greşită în ceea ce priveşte sinuciderea. Mulți dintre cei care s-au sinucis nu erau psihotici, nu sufereau de tulburări mentale. De cele mai multe ori este vorba de persoane supărate, copleşite de durere, disperate, iar supărarea, suferința emoțională, disperarea extremă nu sunt în mod necesar apanajul unor boli mentale;
- Dacă o persoană este decisă să-şi curme viața, nimeni şi nimic nu o poate împiedica să o facă. Total neadevărat, pentru că chiar şi cei foarte depresivi au sentimente amestecate legat de moarte, oscilând până în ultimul moment între dorința de a trăi şi cea de a muri. Mulți sinucigaşi nu vor de fapt ca ei să moară, ci îşi doresc ca suferința de care se simt copleşiți să înceteze;
- Sinucigaşii sunt persoane incapabile să caute ajutor. Şi acest lucru este infirmat de diverse studii pe victime ale sinuciderii care au probat că mulți dintre ei au apelat anterior la ajutor medical, chiar cu şase luni înainte;
- Dacă se vorbeşte mult şi insistent despre sinucidere, se poate întâmpla ca unor persoane să le şi vină ideea să o facă. Neadevărat pentru că, numai

comunicând deschis cu persoanele cu ideație suicidară, le poți oferi ajutorul de care au nevoie;

- De cele mai multe ori, trecerea la actul suicidar este irațională; neadevărat, pentru că este dovedit că majoritatea celor care se sinucid sunt în deplin contact cu realitatea, sunt raționali.

Este evident, şi studiile ştiințifice în domeniu o dovedesc, că există o discrepanță între cunoaşterea ştiințifică şi cunoaşterea comună, între stereotipuri variate, mentalități înrădăcinate istoric, şi ipoteze de natură ştiințifică, validate de studii aprofundate.

3. Dimensiunile fenomenului la nivel global

3.1.Statistici mondiale privind sinuciderea

Ratele sinuciderii variază de la o țară la alta. Cele mai ridicate sunt cele comunicate de țările din estul Europei la Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S., 2002)*: Lituania – 51,6, Federația Rusă – 43,1, Belarus – 41,5, Estonia – 37,9 la 100.000 de locuitori.

Cele mai mici rate par a fi în America Latină: Columbia – 4,5, Paraguay – 4,2 la 100.000 de locuitori, dar şi în unele țări din Asia: Tailanda – 5,6, Filipine – 2,1, la 100.000. În America de Nord şi alte țări din Europa, ratele se înscriu între aceste extreme: de exemplu, Finlanda – 28,4, Belgia – 24,0, Elveția – 22,5, Franța – 20,0, Germania – 14, 3, Canada – 15,0, S.U.A. – 13,9, la 100.000 de locuitori. Din datele centralizate de O.M.S., se observă că lipsesc în mare parte statistici referitoare la țările africane.

Cele mai vechi date privind rata sinuciderii provin din secolul al XVIII-lea şi au fost stabilite de două din țările nordice, respectiv de Suedia şi Finlanda. În stabilirea datelor statistice, sunt luate în calcul mai ales dimensiunea gender şi dimensiunea vârstă. Vârsta este un element demografic important al riscului de sinucidere.

La nivel global, ratele sinuciderii au tendința să crească o dată cu înaintarea în vârstă: în 1995, în lume, acestea variază între 0,9 la 100.000 pentru grupa 5-14 ani şi 66,9 la 100.000 pentru peste 75 ani. În general, rata pentru acest grup este de circa 3 ori mai mare decât în cazul tinerilor între 15 şi 24 de ani. Această

tendință este valabilă, în linii mari, pentru ambele sexe, dar este mai marcată pentru bărbați. Pentru femei, ratele sinuciderii prezintă scheme divergente. În unele cazuri, rata creşte regulat o dată cu vârsta, în altele ea atinge punctul maxim la 40 de ani sau, cum ar fi în țările în dezvoltare şi pentru grupurile minoritare, ea atinge apogeul la tinerele adulte[35].

---

*Pe parcursul textului O.M.S. este prescurtarea Organizației Mondiale a Sănătății

Sexul, cultura, rasa şi originea etnică sunt şi ele dimensiuni importante în epidemiologia sinuciderii. Ratele de sinucidere sunt mai mari la bărbați decât la femei: de exemplu, între 1990 şi 2000, pentru grupa de vârstă 35-44 de ani, rata de sinucidere la bărbați a fost de 20,5, iar la femei de 15,4 la 100.000 de locuitori.

În ceea ce priveşte contextul cultural, se pare că şi el influențează această rată, ea fiind relativ scăzută în unele zone ale Asiei, ridicată în mai multe țări ale fostei Uniuni Sovietice şi foarte ridicată în zone ale Americii[36].

Prevalența sinuciderii la rasa albă este de aproximativ două ori superioară în raport cu rata sinuciderii observată la alte rase. Acest fapt este valabil atât pentru Statele Unite ale Americii cât şi pentru Africa de Sud şi Zimbabwe.

Apartenența la acelaşi grup etnic pare să fie şi ea asociată cu ratele de sinucidere similare. Să luăm spre exemplu cazurile Estoniei, Finlandei şi Ungariei, țări unde rata sinuciderii sunt foarte ridicate, chiar dacă Ungaria este destul de depărtată geografic de celelalte două țări. De asemenea, grupuri etnice diferite, chiar dacă trăiesc în aceeaşi zonă, prezintă rate de sinucidere foarte diferite. În Singapore, de exemplu, rata sinuciderii este evident mai mare la populația de origine chineză şi indiană decât la cea malaeză[37].

3.2. Limite în statistici

Una din problemele pe care le ridică studiul sinuciderii este cea a calității datelor. Acestea sunt de multe ori discutabile: în multe cazuri nu se ştie sigur

---

35 Girard, C., Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58 : 553-574.
36 *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé*, op.cit. p.208
37 *idem,* p.209

dacă a fost accident, crimă sau sinucidere, totul depinzând de ancheta care se face într-un asemenea caz. În unele țări, în caz de sinucidere se fac anchete asupra motivelor care au condus la aceasta, în majoritatea însă nu se fac.

În urma studierii datelor statistice globale, se impune o observație esențială care priveşte utilizarea cu prudență a acestora. Modul în care se înregistrează toate tipurile de decese variază de la o țară la alta, ceea ce face extrem de dificilă compararea ratelor naționale de sinucidere. Chiar şi în țări în care se utilizează criterii standard, cum este cazul Australiei, aplicarea lor este destul de inegală[38]. Există guverne care impun nişte limite în comunicarea datelor despre sinucidere, rapoartele efectuate de institutele de medicină legală sunt de multe ori întârziate. Pentru o țară dată, ratele de sinucidere declarate pot varia în funcție de sursa lor: astfel, în China, estimările merg de la 18,3 (date communicate de O.M.S., 2002) la 22,0 (date de la Ministerul Sănătății al Chinei) la 100.000 de locuitori.

Datele mortalității din cauza sinuciderii subestimează, în general, adevărata prevalență a sinuciderii într-o populație.Ele sunt produsul final al unui întreg lanț de informatori, între care sunt incluse persoanele care găsesc corpul celui care s-a sinucis, medicii, poliția, medicii legişti şi statisticienii. Se întâmplă de multe ori ca una dintre aceste personae să ezite să vorbească de sinucidere, mai ales acolo unde religia şi cultura condamnă acest gest. Cooper şi Milroy (1995)[39] arată, într-o cercetare, că în unele regiuni din Anglia documentele subestimează cu aproape 40% numărul sinuciderilor. Sunt şi cazuri în care sinuciderile sunt trecute sub tăcere pentru ca decedatul sau familia sa să nu fie stigmatizați de comunitate, pentru convenințele sociale, cauze politice, pentru a putea beneficia de eventualele asigurări. Sau se poate întâmpla aceasta şi pentru că sinucigaşul şi-a ascuns gestul, făcându-l să pară un accident verosimil. Există şi cazuri în care procuratura dă, în mod eronat, verdictul de moarte naturală, mai ales în cazul unor persoane în vârstă. Uneori sinuciderea poate trece neobservată în cazul toxicomanilor care îşi administrează o supradoză, al

[38] Graham A. et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35, 1-28.

[39] Cooper, P.N., Milroy, C.M. *The coroner's system and underreporting of suicide.* "Medicine, Science and the Law", 1995, 35 : 319-326

persoanelor care mor de inaniție voluntară sau al celor care mor la câtva timp după ce au avut o tentativă de sinucidere. În aceste cazuri, precum şi în cazul sinuciderii asistate (eutanasie), cauza clinică este cea care se reține în mod oficial.

În ceea ce priveşte tentativele de sinucidere, puține sunt țările care au date fiabile în legătură cu aceasta. Dintre cei care au tentative de sinucidere, foarte puțini ajung să primească îngrijiri în spitale. Iar dintre cei care ajung totuşi să fie internați, în unele țări, în care tentativa de sinucidere este susceptibilă de sancțiuni penale, aceasta nu este raportată ca atare. O concluzie a O.M.S. (2002) arată că "în cea mai mare parte a țărilor nu se cunoaşte cu adevărat amploarea tentativelor de sinucidere"[40]. Unele fapte duc la presupunerea că aproximativ 25% dintre persoanele care încearcă să se sinucidă ajung la un spital public. Acest procent pare a fi numai partea văzută a aisbergului, pentru că majoritatea persoanelor care încearcă să se sinucidă rămân încă nedescoperite. Totuşi, responsabilii din instituțiile de sănătate publică încearcă să obține mai multe date din dosarele spitaliceşti, din anchetele demografice şi din unele cercetări, surse care conțin datele ce lipsesc în sistemele de date privind mortalitatea.

Aşadar, din datele de care dispunem reiese că cea mai mare rată a tentativelor de sinucidere se semnalează la tineri în comparație cu bătrânii. Deşi comportamentele suicidare sunt mai rare la persoanele de vârsta a treia, probabilitatea unui rezultat fatal este mai mare la aceştia decât la tineri. În general, tentativele de sinucidere comise de persoanele mai în vârstă sunt mai grave, atât din punct de vedere medical cât şi psihologic, iar eşecul ca atare al unui astfel de demers este de cele mai multe ori rezultatul întâmplării. De asemenea, tentativele de sinucidere sunt de două până la trei ori mai des întâlnite la femei decât la bărbați. Totuşi, Finlanda este o excepție de la această aşa zisă regulă. Dintr-un studiu transnațional (1996) asupra comportamentului suicidar desfăşurat în 13 țări, între 1989 şi 1992, a reieşit că, la Helsinki, rata masculină a tentativelor de sinucidere este cea mai ridicată – 314 la 100.000 de

[40] Rapport Mondial de la Violence et de la Santé, *op.cit.* p. 211.

locuitori, iar, prin comparație, într-o provincie spaniolă (Guipuzcoa) este cea mai mică dintre țările şi regiunile investigate (45 la 100.000)[41]. Pentru femei, cea mai mare rată în ceea ce priveşte tentative de sinucidere s-a remarcat la Cergy-Pontoise, în Franța (462 la 100.000), iar cea mai scăzută în aceeaşi provincie spaniolă, menționată mai sus. (69 la 100.000). Ratele cele mai ridicate s-au semnalat pentru persoanele în vârstă de până la 55 de ani. Metoda cel mai des întâlnită este otrăvirea şi autorănirea prin tăiere.. Mai mult de jumătate din persoanele cercetate avuseseră mai multe tentative de sinucidere, iar a doua tentativă a intervenit în anul imediat următor celei dintâi în mai mult din 20% din cazuri.

Un alt studiu (2000) pe un eşantion longitudinal norvegian de aproape 10.000 de adolescenți între 12 şi 20 de ani a arătat că 8% au încercat să se sinucidă o dată, iar 2,7% de cel puțin două ori cu doi ani înainte de perioada vizată pentru analiză de acest studiu. Analiza datelor prin regresie au arătat că probabilitatea unei tentative de sinucidere este mai mare dacă persoana a atentat deja la viața sa, dacă este de sex feminin, dacă este la o vârstă apropiată de cea a pubertății, dacă are ideație suicidară, dacă a consumat alcool, dacă nu trăieşte cu ambii părinți şi dacă este tentat să se devalorizeze ca persoană[42].

3.3. Sinuciderea în România

Şi acum 100 de ani rata sinuciderilor în rândul bucureştenilor era destul de ridicată, deşi nu existau nici televiziune şi nici radiouri. Iar motivele pentru care oamenii îşi luau viața semănau izbitor de mult cu cele din timpurile noastre[43].

Aparent, sinuciderea ar fi un rezultat legat organic de modernizarea într-un ritm accelerat a unei societăți. A ține pasul cu schimbările galopante care transformă o societate premodernă nu era usor, mulți se prăbuşeau lăsându-se

---

[41] Schmidtke, A. şi al. *Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attepters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Parasuicide.* "Acta Psychiatrica Scandinavica", 1996, 93 : 327-338.

[42] Wichstrom, L. *Predictors of adolescent suicide attempt: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents.* "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 2000, 39 : 603-610.

[43] Majuru, A., cf. Luminița Vâlcea, *De ce se sinucideau bucureştenii acum un secol?* Evenimentul Zilei, 11 iulie 2004

purtați de diferite curente imaginare, fie deveneau radicali şi opuneau rezistență la nou, fie deveneau moderați față de schimbare", scrie A. Majuru[44], într-un studiu despre sinuciderile din Bucureştiul începutului de secol XX. Lucrarea a fost publicată recent într-unul din volumele editate de Muzeul Municipiului Bucureşti.

La baza studiului s-au aflat observațiile cuprinse în lucrarea de doctorat a medicului Nicolae Minovici intitulată "Studiu asupra spinzurării". "Spre deosebire de Occident unde sinuciderea este apanajul spațiului rural, la noi din contră oraşele ne dau numărul cel mai mare de spânzurați. În el găsim acei indivizi care, lipsiți de mijloace pentru susținerea vieții şi-au ales ca fel de sinucidere spânzurarea. Însăşi oraşele le oferă adesea cauzele determinante ale spânzurării", scria Nicolae Minovici in 1904.

Potrivit studiului realizat de Nicolae Minovici pentru perioada 1891-1902[45], în Bucureşti predomina sinuciderea prin spânzurare - 136 de cazuri. Apoi, în ordine, urmau armele de foc - 120 barbati şi opt femei - şi otrăvirile - 46 barbati, 71 femei. Alte modalități folosite pentru sinucidere erau: aruncarea în fața trenului sau pe fereastră, precum şi asfixierea cu monoxid de carbon rezultat din arderea incompletă a carbunilor. Cei mai mulți dintre sinucigaşi aveau vârsta cuprinsă între 30 si 60 de ani, erau divorțați, văduvi sau celibatari. Categoriile cu rata cea mai mare de sinucidere erau în ordine: persoane fără profesie (prostituate, vagabonzi, hoți), menajere, cizmari, muncitori şi comercianți, funcționari, tâmplari, brutari, birjari, zugravi, zidari, cântăreți, cojocari etc. Pe etnii, ungurii (48 cazuri, 39 bărbați şi 9 femei) au înregistrat cel mai mare număr de sinucideri pe perioada studiului, urmați de români (23 cazuri, 19 bărbați, 4 femei), transilvăneni (18 cazuri, 14 bărbați, patru femei). "Ungurii sînt aceia care, ca naționalitate, dau spânzurătorii contingentul cel mai mare şi la care adăogînd românii transilvăneni, avem un total de 66 care întrece cu 1/2 numărul românilor", observa Minovici.

"Majoritatea sinuciderilor se petreceau primavara, iar toamna creştea numărul celor care se spânzurau", scrie Adrian Majuru. La capitolul cauze ale sinuciderilor, Minovici menționa frustrările şi neîmplinirile cotidiene generate de

---

44 *idem*

45 Minovici, N., cf. Adrian Majuru, *op.cit.*, 2004.

“alcoolism, alienație, mizerie, certurile de familie, boli cronice, pasiuni, lipsa ocupației, datoria de bani sau alte motive necunoscute”. O interesantă scrisoare trimisă de un sinucigaş doctorului Mina Minovici este menționată de Majuru: „Mă rog foarte mult D-l Doctor Mina să mă scuzați de atâta polologhie, dar am auzit odată pe Dl. Dr. Nicu, fratele D-voastră ca ține tare mult a avea scrisorile sinucişilor, deci am voit să fac o plăcere şi pe de alta să-l rog ca să nu mă mai chinuiască şi mort că destul am fost persecutat de oameni în viață. Iată unde ajung oameni care’şi ține cinstea până la moarte şi să nu mă mai vadă această infamă lume”.

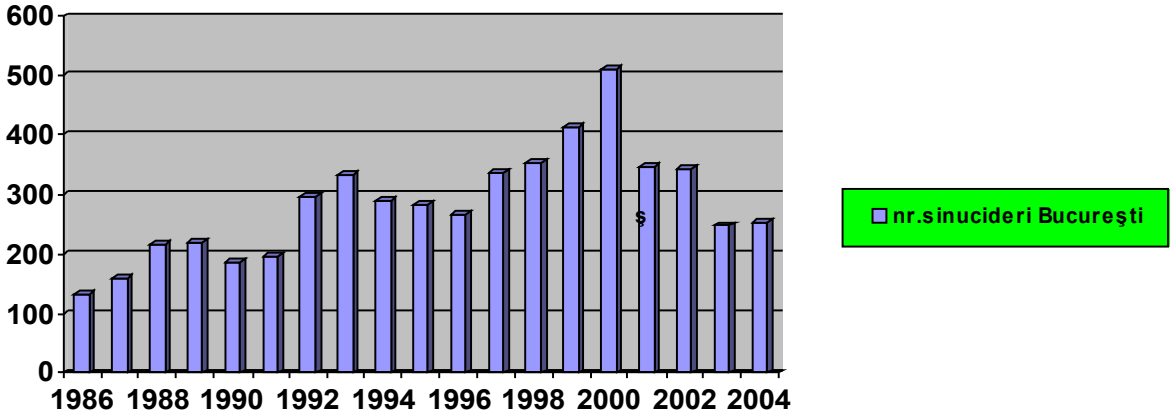
În prezent, în România[46], precum şi în capitală, situația nu diferă față de situația sinuciderii în perioada mai sus menționată, în ceea ce priveşte structura fenomenului suicidar. În acest capitol vom discuta dinamica sinuciderii în funcție de mai multe variabile: timp, zone demografice, vârstă, sex, rata şomajului, satisfacția de viață.

Dinamica sinuciderilor în Bucureşti, în perioada 1986-2004.

anul	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
nr. sinucideri	133	158 ↘	216 ↘	220 ↘	186 ↘	196 ↘	296 ↘	335 ↘	289 ↘	284 ↘

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
267	336 ↘	354 ↘	414 ↘	511 ↘	348 ↘	342 ↘	248 ↘	254 ↘

[46] Trebuie să menționăm că, în ceea ce priveşte România, statisticile privind sinuciderea sunt puține, disparate şi neorganizate. Numărul de sinucideri în Bucureşti pe perioada menționată în tabel este specificat în articolul citat mai sus al L. Vâlcea



Grafic 1: Dinamica sinuciderilor în Bucureşti

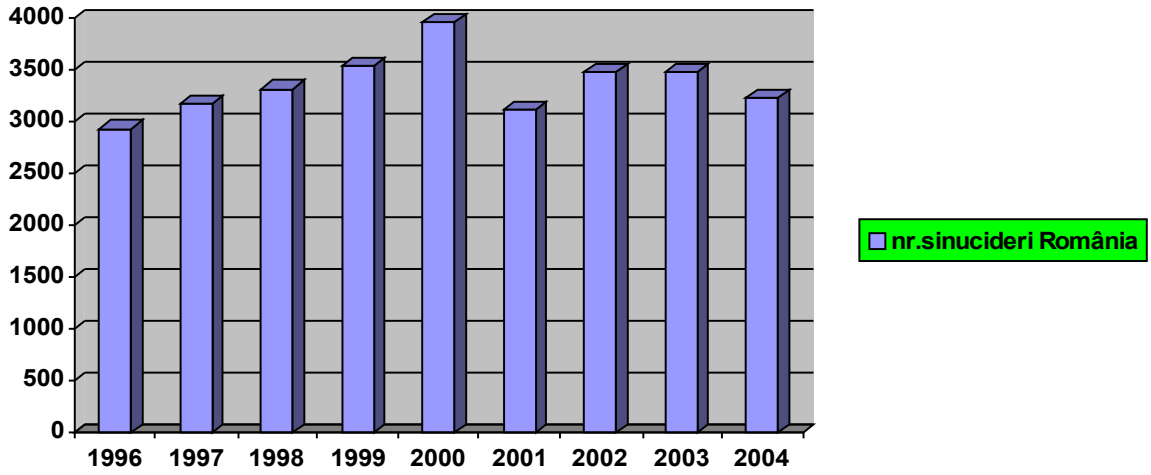
Se observă că această dinamică este oarecum oscilantă cu o creştere mai accentuată în 1988, 1992, 1997, 1999, 2000. După 2000, apare o tendință de descreştere semnificativă, de la 511 în 2000 la 254 în 2004. Vârful este anul 2000, pregătit oarecum şi de anul 1999, când s-a remarcat o creştere însemnată față de 1988.

În ceea ce priveşte evoluția numărului de sinucideri în România[47], între 1996-2004, se poate remarca o tendință ascendentă, de la 2933 în 1996 la 3236 în 2004. Ca şi în cazul Bucureştiului, vârful este reprezentat de anul 2000. Nu avem o explicație fundamentată ştiințific pentru numărul mare de sinucideri din 2000. Putem doar să avansăm ideea că s-ar putea ca acest fenomen de creştere mai accentuată a numărului de sinucideri este legat de sfârşitul de secol, de aşteptările mai mari în legătură cu nivelul de trai şi de aspirații în perioada 1996-2000, aşteptări contrazise de realitate.

Dinamica sinuciderilor în România, 1996-2004

anul	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nr.sinucideri	2933	3174 ↘	3318 ↘	3541 ↘	3967 ↘	3120 ↘	3486 ↘	3481 ↘	3236 ↘

[47] Datele statistice sunt preluate de pe situl Institutului de Medicină Legală www.legmed.ro.



Grafic 2: Dinamica sinuciderilor în România. 1996-2004

După cum se observă din graficul de mai sus, tendința este de scădere a numărului de sinucideri, începând cu 2002 şi până în 2004. Şi cu toate acestea, anul 2004, la fel ca şi 2003, este anul în care numărul cazurilor de sinucidere a fost egal cu cel al victimelor generate de omucideri şi accidente rutiere la un loc, reprezentând 31% din totalul morților violente.

În 2003, din totalul deceselor violente, doar cele accidentale depățesc ca număr sinuciderile, care reprezintă 30% din decesele violente, respectiv 3481 de cazuri. Făcând un calcul simplu, reiese că în acest an, în medie zece români pe zi au decis să se sinucidă. În timp ce numărul omuciderilor este în scădere continuă în ultimii trei ani (947 în 2001, 782 în 2003), dinamica sinuciderilor este exact inversă (3120 de sinucigaşi în 2001, 3481 sinucigaşi în 2003).

La nivel național, media sinuciderilor raportată la 100.000 de locuitori, pentru 2003, este de 15,9. Conform datelor publicate în raportul privind activitatea rețelei de medicină legală în 2003[48], în unele zone ale țării incidența sinuciderilor este cu mult mai mare decât media națională: județul Harghita conduce cu 32,84, județul Dolj – 32,12 cazuri, Covasna – 32 de cazuri la 100.000 de locuitori. Există şi zone în care media este cu mult sub media pe țară a sinuciderilor: județul Alba

[48] Sava, A. *Pe culmile nefericirii*, "Cotidianul", 9 mai 2004

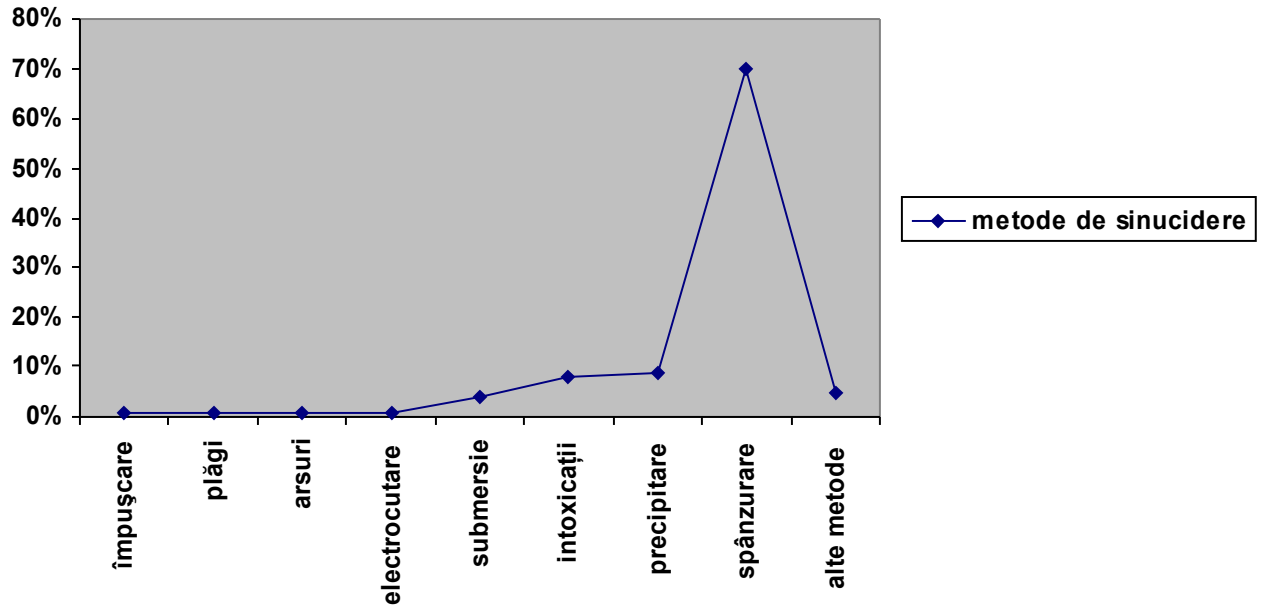
– 6,6, Caraş-Severin – 6,25 de cazuri la 100.000 de locuitări. Contrar tendinței înregistrate la nivel național, bucureştenii par a fi ceva mai optimişti decât restul românilor. Din 2000 când numărul bucureştenilor sinucigaşi era 511, s-a ajuns în 2003 la jumătate, respectiv 248.

Potrivit datelor statistice pentru 2003, cel mai mare număr de sinucideri a fost înregistrat în grupa de vârstă 41-50 de ani (23%). La celelalte grupe de vârstă incidența variază între 15 şi 17%. Demn de remarcat, pentru această perioadă, este şi faptul că sinuciderea nu este absentă nici la grupele de vârstă extreme, respectiv 0-10 ani.

O altă constatare a raportului, pentru acelaşi an, se referă la faptul că marea majoritate a sinuciderilor (80%) s-a înregistrat în rândul bărbaților, însă acest lucru nu este specific românilor, el fiind valabil pentru toate meridianele.

Incidența sezonieră a sinuciderilor demonstrează o distribuție neuniformă, dar trebuie menționat că cele mai multe cazuri sunt înregistrate vara, preferate fiind lunile mai şi iunie.

În ceea ce privşte metodele de sinucidere, în 2003, românii au preferat spânzurătoarea (70%), precipitarea (aruncarea de la înălțime sau în fața trenului, a maşinii – 9%), intoxicațiile (ingerarea de substanțe letale sau medicamente, intoxicarea cu monoxid de carbon sau cu gaz metan – 8%), submersia (4%).



Grafic nr. 5: Metode de sinucidere preferate de români în 2003

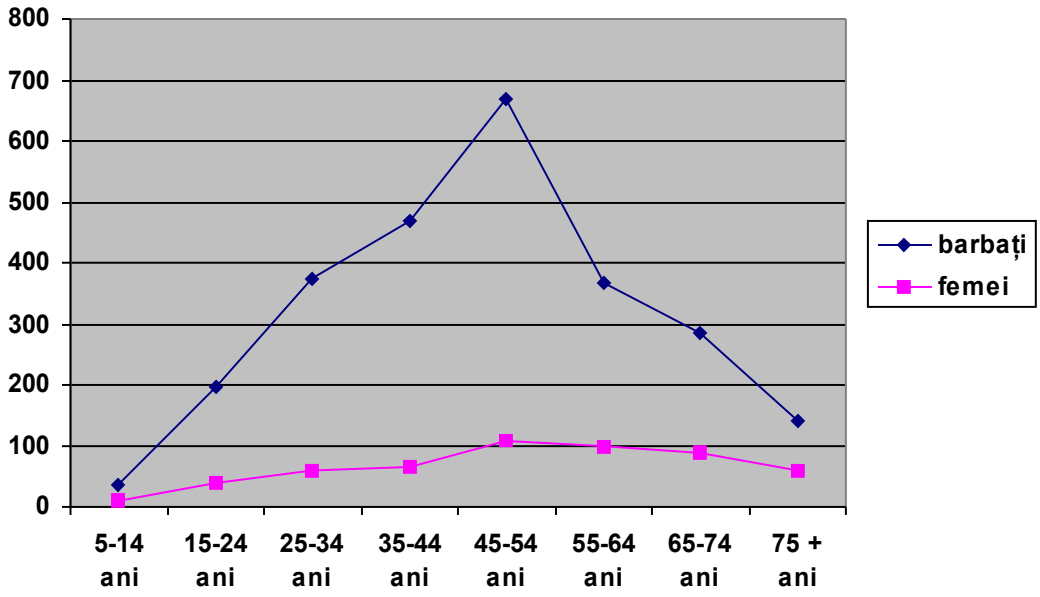
Metodele mai violente de sinucidere sunt preferate de bărbați, iar cele cu efect mai puțin traumatizant sau perceput ca atare, respectiv intoxicarea, tăierea venelor etc., de către femei.

O.M.S. (2002) a dat publicității o statistică privind sinuciderea în România, pe grupe de vârstă[49] . De la început, se poate remarca faptul că există un număr semnificativ de copii şi tineri care se sinucid în România. Categoria de risc mare este cuprinsă în intervalul de vârstă 45-54 de ani, deci vârsta maturității active.

Numărul de sinucideri pe categorii de vârstă. România, 2002

Vârstă	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Bărbați	35	198	375	469	669	366	285	142
femei	11	38	58	66	109	100	87	59

[49] *Rapport Mondial sur la Violence et la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2004.

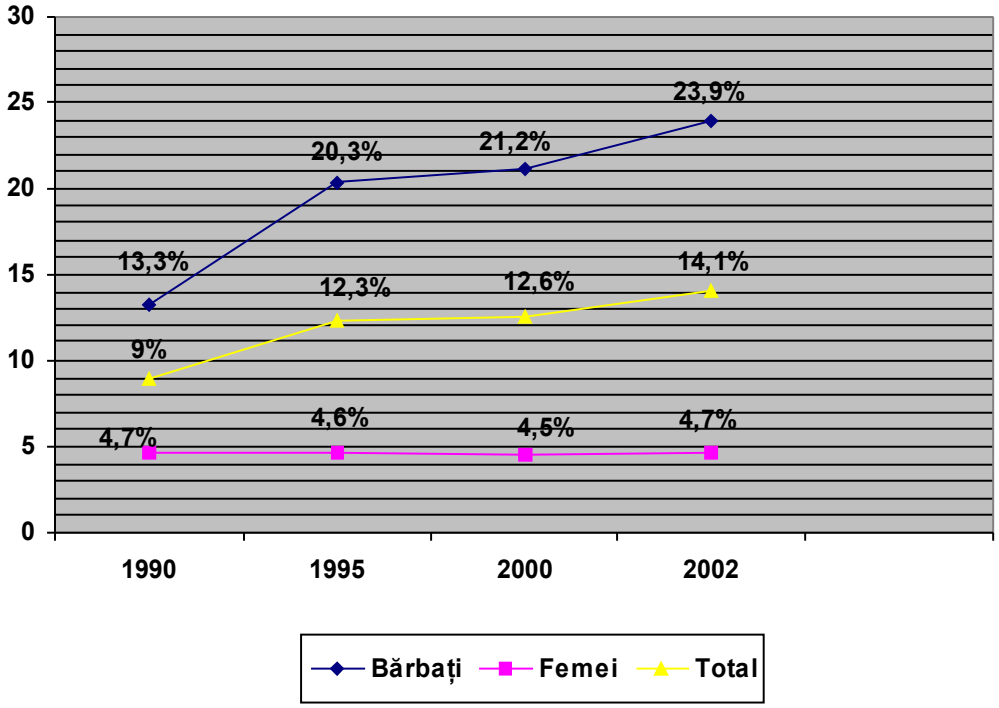


Grafic 3: Sinuciderea în România pe categorii de vârstă şi sexe. 2002

Din Studiul pentru implementarea Planului Național de Acțiune pentru Tineret[50] se spune că în ultimii patru ani ponderea sinuciderilor juvenile se menține relativ constantă, înregistrându-se o scădere doar cu 1,2%. Cele mai multe sinucideri în rândul tinerilor s-au înregistrat în 2003: din totalul tinerilor sinucigaşi în categoria de vârstă 25-29 de ani se încadrează 47,3%, în categoria 20-24 de ani – 35,4%, iar categoria 15-19 ani – 18,3%. Datele mai arată că sinuciderea predomină la băieți, media fiind de 6 la 1.

Rata sinuciderilor în România urmează tendința evoluției fenomenului din celelalte țări europene: rata sinuciderilor la bărbați este semnificativ mai mare decât la femei. La noi, rata de suicid feminin este aproape constantă din 1990 şi până în 2002. În ceea ce-i priveşte pe bărbați, rata sinuciderilor a crescut spectaculos din 1990 până în 1995, păstrând în continuare până în 2002 o tendință de creştere, dar uşoară. De asemenea şi rata de sinucidere la nivelul țării, după o creştere mai accentuată între 1990 şi 1995, se plasează şi ea pe aceeaşi tendință până în 2002, dar nu semnificativă.

[50] *Studiul pentru implementarea Planului de Acțiune pentru Tineret*, ANSIT. Gândul, 4 august 2005.



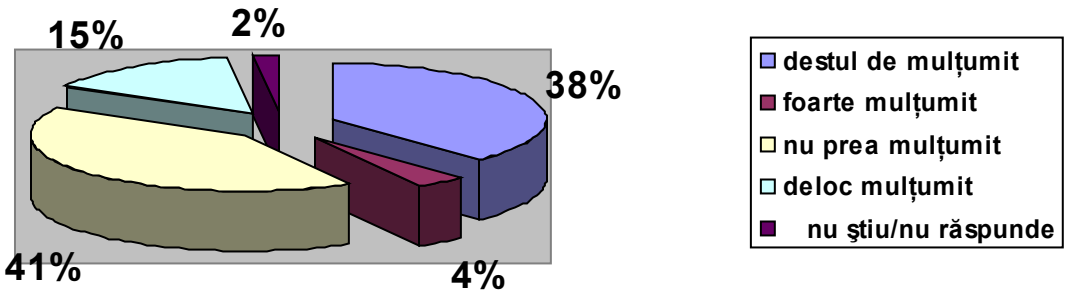
Grafic 4: Rata sinuciderilor în România. 1990-2002

Atragem atenția că, în ceea ce priveşte alte variabile referitoare la profesie, mediul de rezidență, starea civilă, statutul socio-economic, pentru România lipsesc datele statistice care să aducă informații relevante. Lipsesc de asemenea studii şi date care să analizeze eventuale corelații între ratele şomajului şi cele ale sinuciderii, între nivelul sărăciei într-o zonă sau alta a României şi rata sinuciderii în acea zonă. Iată câteva oportunități de cercetare în domeniu pentru viitor. Se poate vorbi despre sinucidere în relație cu insatisfacția față de viață şi cu pesimismul, fără ca să existe date experimentale care să sprijine o ipoteză sau alta legat de aceste corelații. Între neadaptare şi şomaj, o bună parte a poupulației este dezorientată, manifestând frustrare, ceea ce poate duce fie la criminalitate, fie la autoagresiune.

Ultimul Barometru de opinie publică[51] prezintă starea de spirit a populației româneşti: ponderea populației care declară că este mulțumită de felul în care

[51] *Barometru de Opinie Publică*, Gallup Organization România Metro Media Transilvania la cererea Fundației pentru o Societate Deschisă. Mai 2004, p.10.

trăieşte în prezent (42%) o egalează aproape pe cea a populației nemulțumite (46%). Aşteptările privind traiul din anul următor sunt împărțite, oamenii anticipând aproape în aceeaşi pondere o situație mai bună (34%) sau menținerea celei actuale (34%) şi mai puțin înrăutățirea situației (20%). Un procent destul de ridicat (11%) al populației trăieşte sub semnul incertitudinii. Cauzele percepute ca responsabile pentru înrăutățirea situației sunt considerate a fi mai degrabă de natură economică: salariile/pensiile mici, prețurile mari, şomajul şi boala.



Grafic 6: Starea de spirit a populației româneşti. 2004

În 2000, starea de spirit a populației era mult mai proastă decât în 1996; plusul de speranță a fost mai mare în 2000. Dacă urmărim trendul uşor ascendent, atât al sinuciderilor la nivel național, cât şi al criminalității, putem să emitem ipoteza că poate să existe o corelație pozitivă între starea de spirit a populației româneşti în perioada menționată şi rata sinuciderii. În acelaşi Barometru de Opinie Publică[52] este prezentată o tipologie a românilor rezultată prin intersecția aprecierilor obiectiv-subiective cu privire la traiul acum față de anul trecut, traiul din prezent şi speranțele cu privire la modul în care vor trăi în

[52] *Barometru de Opinie Publică*, op.cit., p. 19

viitor: tipul A (7%) este cel mai nemulțumit (indivizii care formează acest tip consideră că în prezent trăiesc mai prost decât anul trecut, sunt total nemulțumiți de traiul din prezent şi cred că anul viitor vor trăi mai prost); tipul B (7%) diferă de tipul precedent doar prin faptul că aprecierile cu privire la traiul din prezent nu sunt atât de negative; tipul C (11%) consideră că trăieşte la fel ca anul trecut, că nimic nu se va schimba într+un an şi apreciază că nu este prea mulțumit de traiul din prezent; tipul D (6%) este compus din cei care consideră că trăiesc la fel comparativ cu anul trecut, nu sunt prea mulțumiți de cum trăiesc, dar cred că vor trăi mai bine anul viitor; tipul E (13%) trăieşte mai bine comparativ cu anul trecut, crede că va trăi mai bine anul viitor şi este mulțumit de cum trăieşte în prezent.

Comparativ cu ultimele şase luni, ponderea tipurilor dominante s-a schimbat în sensul unei migrații uşoare dinspre evaluările negative spre cele pozitive: de exemplu, tipul E care avea o pondere de 9% a crescut la 13%, tipul A a scăzut de la 10% la 7%. Dar diferențele nu sunt mari şi nici semnificative statistic.

Cine sunt cei care compun cu precădere fiecare tip? Tipul A este compus din oameni cu resurse mici (vârstnici, educație scăzută, venituri mici, mai bolnavi, fără relații, mai puțin informați), cu încredere scăzută în oameni şi în cei care ăi conduc, nemulțumiți de funcționarea democrației şi a economiei de piață. La cealaltă extremă se situează indivizii din tipul E, caracterizați prin resurse ridicate (mai tineri, mai educați, cu venituri mai mari, stare de sănătate bună, cu relații interpersonale, bine informat), cu încredere mare în semenii lor şi în cei care ne conduc, mai mulțumiți de modul de funcționare al democrației şi al economiei de piață[53].

Aşadar, datele de mai sus ne pot deschide calea pentru o cercetare privind relația dintre starea de spirit a populației româneşti şi rata sinuciderii.

[53] idem

4. Factorii de risc în sinucidere

Există o serie de cauze subiacente, se poate spune, comportamentului suicidar. Factorii care expun o persoană la riscul de a se sinucide sunt deosebit de complexi şi mai ales strâns legați unii de alții. Este foarte important ca aceştia să fie bine analizați, să se înțeleagă rolul lor pentru comportamentul suicidar fatal şi nonfatal, pentru a putea preveni sinuciderile. Epidemiologii şi specialiştii în sinucidere au descris un anumit număr de caracteristici specifice, legate strict de comportamentul suicidar. În afara factorilor de esență demografică, precum vârstă, sex, trebuie luați în calcul factorii psihiatrici, biologici şi de mediu, dar şi cei legați de viața persoanei.

4.1. Factorii psihiatrici.

Ceea ce se ştie, în general, despre riscul suicidar provine din cercetările în cadrul cărora specialiştii au intervievat o rudă sau un prieten pentru a şti care sunt simptomele psihiatrice specifice care s-au manifestat în viața unei personae care s-a sinucis. Este vorba despre ceea ce specialiştii numesc "autopsie psihologică". Această abordare permite demonstrarea faptului că un număr însemnat de adulți care se sinucid prezintă în lunile, respective anii, care precedă decesul lor semen sau simptome de tulburări psihiatrice[54]:

- depresii majore;
- alte tulburări de ordin afectiv, cum ar fi tulburarea bipolară (perioade de depresie care alternează cu stări euforice, cu stări maniacale şi care pot dura zile sau zile;
- schizofrenie;
- anxietate şi tulburări de comportament;
- impulsivitate;
- sentimental de neputință.

Depresia pare a avea un rol major în sinucidere şi se estimează că ea este responsabilă de aproximativ 65% până la 90% din sinuciderile cu patologii psihiatrice. Riscul este cu atât mai mare la pacienții depresivi, cu cât aceştia încetează să mai ia medicația pe care o găsesc inutilă, considerând că nu există nici un tratament pentru ei, pentru că oricum nu se vor vindeca[55]. Riscul de sinucidere privind durata vieții unor pacienți care suferă de depresii majore sau bipolare este estimat la aproximativ 12-15%. Această boală poate apărea la orice vârstă şi indifferent de sex. Depresia masculină este precedată de diverse tipuri de violență, atât în familie cât şi în afara ei. Tratarea ei este foarte importantă la pacienții de sex masculine, mai ales dacă se ține seama că, în multe culturi, sinuciderea este mai frecventă la bărbați.

La copii şi la tineri, natura depresiei diferă de cea întâlnită la adulți. Adolescenții deprimați absentează nemotivat de la şcoală în mai mare măsură

[54] *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders.* Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1998.

[55] Beck, A.T. şi alții. *The relationship between hopelessness and ultimate suicide : a replication with psychiatric outpatients.* "American Journal of Psychiatry", 1990, 147 : 190-195.

decât colegii lor, au note mai mici, au un comportament deviant, devenind violenți, consumând alcool sau droguri, au tendința de a mânca şi a dormi mult. Este adevărat că, la fetele deprimate poate apărea şi un comportament anorexic. Aceste tulburări grave de alimentație sunt associate unui risc de sinucidere crescut.

Depresia are de multe ori, mai ales în cazul bătrânilor, manifestări fiziologice, cum ar fi durerile de stomac, amețelile, palpitațiile şi alte dureri inexplicabile la prima vedere. Deseori, depresia este însoțită la această categorie de personae de boli şi tulburări precum infarctul, cancerul, reumatism, boala Parkinson şi maladia Alzheimer.

Tendința de sinucidere poate fi redusă, dacă depresia şi anxietatea sunt tratate corespunzător, fie cu antidepresori, fie prin psihoterapie, mai ales cea cognitive comportamentală.

Schizofrenia este o altă patologie psihiatrică puternic asociată sinuciderii. Riscul de sinucidere privind durata de viață la aceşti pacienți se situează între 10-12%. Riscul este cu atât mai mare cu cât pacientul este mai tânăr, este bărbat, se află în primele stadii ale bolii, la cei care erau dinamici, mental şi social, înainte ca boala să se declanşeze, la pacienții care au recăderi cornice şi la cei la care se estimează o aşa-zisă "dezintegrare mentală".

Alți factori, cum ar fi sentimental de neputință şi de disperare, fac să crească riscul suicidar. Într-un studiu American longitudinal, desfăşurat de-a lungul a zece ani (1975-1985)[56], se subliniază importanța sentimentului de disperare ca predictor major al unui comportament suicidar. Absența perspectivei de viitor era un punct comun la 91% dintre subiecții care apoi s-au sinucis.

Alcoolismul şi toxicomania sunt considerate şi ele ca având un rol important în sinucidere. În S.U.A., consumul excesiv de alcool ar fi un factor de risc în cel puțin un sfert dintre sinucideri. Persoanele dependente de alcool prezintă un risc suicidar mai mic decât cele cu tulburări depressive majore. Dar trebuie spus că există legături strânse între consumul excesiv de alcool şi depresie, aşa că este destul de dificil să se stabilească care dintre ele prezintă

[56] Beck, A.T. şi alții. *Hopelessness and eventual suicide: a 10 – year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation.* "American Journal of Psychiatry", 1985, 142 : 559-563.

un predictor mai important pentru sinucidere. Consumul excesiv de alcool poate să conducă la depresie din cauza sentimentului de decădere şi de eşec pe care multe din persoanele dependente îl încearcă. În acelaşi timp, consumul excesiv de alcool poate reprezenta o formă de automedicație pentru ameliorarea depresiei de care o persoană suferă. De asemenea, atât consumul de alcool, cât şi depresia pot rezulta amândouă dintr-o stare de stress care poate apărea la un moment dat în viața unui om. Totuşi, dacă sinuciderea la persoanele depressive are loc destul de devreme în evoluția bolii (mai ales la grupa de vârstă 30-40 de ani), la persoanele alcoolice ea se produce în general mai târziu în evoluția bolii. În plus, când are loc efectiv trecerea la actul sinucigaş, mai apar şi alți factori, cum ar fi sfârşitul unei relații, marginalizarea socială, sărăcia şi începutul unei deteriorări fizice ca urmare a consumului excesiv şi îndelungat de alcool.

În Asia (2002), se pare că alcoolismul şi toxicomania joacă un rol mai mic decât în alte regiuni ale lumii în sinucidere, aşa cum reiese dintr-un studiu dezvoltat pe adolescenții din Hong Kong şi China, unde numai 5% dintre cei care s-au sinucis beau excesiv sau se drogau[57].

Tentativa de sinucidere precedentă actului final reprezintă totuşi cel mai important predictor al comportamentului suicidar fatal ulterior. Riscul este mai mare în primul an şi mai ales în primele şase luni care urmează tentativei. Aproape 1% din persoanele care încearcă să se sinucidă mor în anul imediat următor, iar 10% sfârşesc prin a comite sinuciderea cu rezultat fatal. Estimările privind creşterea riscului ca urmare a tentativelor de sinucidere anterioare variază de la un studiu la altul. Gunnell şi Frankel (1994)[58] afirmă că riscul la aceste persoane este de 20-30 de ori mai mare decât la populația generală, ceea ce este confirmat şi de alte studii. Existența unei tentative de sinucidere anterioare face să crească riscul de sinucidere al unei persoane, dar majoritatea persoanelor care şi-au luat viața o fac fără să fi avut anterior vreo tentativă de acest gen[59].

---

57 *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé.* Op.cit. p. 214.

58 Gunnell, D., Frankel, S. *Prevention of suicide: aspiration and evidence.* "British Medical Journal", 1994, 308 : 1227-1233.

59 Graham, A. şi alții. *Op.cit.*, 2000.

4.2. Factori biologici şi medicali: ereditate suicidară şi familii suicidare

O istorie familială cu antecedente de sinucidere este un marcker puternic al riscului crescut de sinucidere. Unii cercetători cred că o caracteristică genetică predispune unele persoane la un comportament sinucigaş. Date din studii făcute pe gemeni şi pe copii adoptați confirmă posibilitatea ca factorii biologici să joace un rol major în unele comportamente suicidare. Există o concordanță mult mai netă în ceea ce priveşte sinuciderea şi tentativele de sinucidere între gemenii monozigoți (cei cu gene total identice) decât între cei dizigoți (nu au în comun decât jumătate din gene). Însă, pentru ca rezultatele să fie perfect validate şi bazate pe o metodologie solidă, mai este nevoie de cercetări privind cazul monozigoților crescuți separat, precum şi de altele care să aibă în vedere şi existența unor tulburări psihiatrice. Pentru că ar putea fi vorba, de fapt, de tulburări psihiatrice ereditare şi nu de o predispoziție genetică la comportament suicidar şi de faptul aceste tulburări fac ca acest tip de comportament să fie mai probabil la persoanele înrudite (1979)[60]. Într-un studiu din 1978, cu un lot martor de copii adoptați, Schulsinger a constatat că existaseră deja cazuri de sinucideri în familia biologică a celor care s-au sinucis. Sinuciderea acestor copii adoptați era independentă în mare măsură de existența unor tulburări de natură psihiatrică, ceea ce ne-ar putea face să credem că există o predispoziție genetică la sinucidere. Este, de asemenea, foarte probabil ca şi alți factori, precum cei de mediu şi sociali, adăugați la istoria familială, să facă să crească riscul de sinucidere.

Există şi studii privind procesele neurobiologice care sunt responsabile de numeroase patologii psihiatrice, inclusive acelea care predispun la sinucidere, din care rezultă că există o bază biologică a sinuciderii. Se constată, de exemplu, că nivelul serotoninei din lichidul cefalorahidian este diferit la pacienții psihiatrici care s-au sinucis. Serotonina este un neurohormon foarte important care răspunde de dispoziție şi agresivitate[61]. Este posibil ca proasta funcționare a neuronilor care conțin serotonină în cortexul prefrontal al creierului să fie una din

[60] Schulsinger, F. şi alții. *A family study of suicide.* În Schou, M., Stromgren, E. "Origin, prevention and treatment of affective disorders" , Londra, Academic Press, 1979 : 227-287.

[61] Coccaro, E.F. şi alții. *Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders*. Archives of General Psychiatry", 1989, 46 : 587-599.

cauzele subiacente ale capacității de nivel scăzut a unei persoane de a rezista pulsiunilor care o împing la trecerea propriu-zisă la act.

Este posibil, de asemenea, ca o persoană să sufere de o boală gravă, foarte dureroasă, care o slăbeşte foarte mult fizic, iar sinuciderea să fie o consecință a acesteia. Prevalența durerilor fizice la cei care se sinucid este estimată la cel puțin 25% din cazuri, putând atinge şi 80% la persoanele vârstnice. În mai mult de 40% din cazuri, boala este considerată un factor contributiv important al comportamentului şi ideației suicidare, mai ales în prezența tulburărilor de dispoziție sau simptomelor de depresie. Totuşi, mai multe investigații au arătat că persoanele care suferă de o boală fizică gravă se sinucid foarte rar, iar ele nu prezintă nici un simptom psihiatric[62].

4.3. Evenimente cu rol de factori precipitanți

Unele evenimente din viața unui individ pot avea un efect precipitator în ceea ce priveşte sinuciderea. Printre acestea, cele mai studiate sub raportul corelației cu sinuciderea au fost: pierderea unei persoane apropiate, conflicte interpersonale, ruperea unei relații sau o relație tensionată, precum şi probleme cu autoritățile sau de ordin professional.

Pierderea unei ființe iubite, fie că este vorba de un divorț, de o separare sau de un deces, poate declanşa o depresie puternică, mai ales dacă persoana pierdută era partenerul de viață sau cinevaextrem de apropiat. La fel şi conflictele acasă, la locul de muncă (de studiu), pot provoca sentimente de disperare şi stări depressive serioase. Într-un studiu finlandez pe 16 000 de adolescenți (1999), s-a constatat o prevalență sporită a celor care erau victime ale certurilor din şcoală şi nu la cei care erau autorii încăierărilor[63]. Examinarea tuturor sinuciderilor înregistrate pe o perioadă de doi ani într-o regiune a Australiei (Ballarat) l-a dus pe cercetători la concluzia că dificultățile sociale şi personale erau associate cu sinuciderea la mai mult de o treime din cazuri. De

---

[62] Blumenthal, S.J. *Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.* "Medical Clinics of North America", 1988, 72 : 937-971.

[63] Kaltiala-Heino, R. şi alții. *Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey.* "British medical Journal", 1999, 319 : 348-351.

asemenea, a apărut şi probabilitatea apariției depresiei şi tentativelor de sinucidere la victime ale violenței conjugale[64].

Şi faptul de a fi fost victima violenței fizice sau sexuale în copilărie poate face să crească riscul de sinucidere de la adolescenți până la vârsta adultă.. Victimele violenței sexuale se simt adesea umilite şi se ruşinează de condiția lor, iar persoanele maltratate în copilărie şi adolescență se tem, sunt bănuitoare în relațiile interpersonale şi au dificultăți în a menține o relație. De cele mai multe ori, aceşti subiecți prezintă dificultăți permanente de natură sexuală, se simt inadaptate, inferioare celor cu care vin în contact. O cercetare făcută în Olanda pe 1490 de adolescenți şcolarizați a demonstrat că cei care fuseseră victime ale violențelor sexuale manifestau un comportament semnificativ mai suicidar decât colegii lor, precum şi alte probleme afective şi comportamentale[65].

Orientarea sexuală poate avea şi ea o legătură cu riscul crescut de sinucidere la adolescenți şi tineri. Estimarea procentului de sinucideri la tinerii homosexuali, băieți şi fete, merge de la 2,5 la 30%. Discriminarea, stresul în relațiile interpersonale, drogurile, alcoolul, angoasa privnd pericolul SIDA, precum şi resursele de susținere limitate sunt tot atâția factori care pot contribui la sinucidere sau tentativă de sinucidere.

În schimb, o relație maritală stabilă, responsabilitatea de a creşte copii reprezintă factori protectivi în fața sinuciderii. Studiile privind relația dintre situația familială şi sinucidere au demonstrat existența unor rate înalte de sinucidere la persoanele celibatare, care nu au fost niciodată căsătorite, văduvi, persoane separate sau divorțate în culturile occidentale, mai ales la bărbați, în primele luni de la separare sau pierderea partenerei[66]. Însă căsătoria nu este un factor stabil în toate culturile. S-au remarcat rate ridicate de sinucidere la femeile pakistaneze în comparație cu bărbații şi femeile celibatare. Acest lucru ar putea fi explicat

---

[64] Thompson, M.P. şi alții. *Partner abuse and post-traumatic stress disorder as risk factors for suicide attemptsin a sample of low-income, inner-city women.* "Journal of Trauma and Stress", 1999, 12 : 59-72.

[65] Garnefski, N., Arends, E., *Sexual abuse and adolescent maladjustement: differences between male and female victims.* "Journal of Adolescence", 1998, 21: 99-107.

[66] Cantor, C.H., Slater, P.J. *Marital breakdown, parenthood and suicide.* "Journal of Family Studies", 1995, 1 :91-102.

prin aceea că discriminarea socială, economică şi juridică creează un stress psihologic, predispunând aceste femei la un comportament suicidar.

Este adevărat că anumite persoane sunt mai sensibile la conflictele din relațiile interpersonale, acestea putând să le declanşeze un comportament suicidar, dar şi izolarea socială poate să reprezinte un factor precipitator pentru riscul de sinucidere[67]. Studiile de autopsie psihologică arată că retragerea socială precede adeseori sinuciderea. Izolarea socială este menționată de multe ori ca factor contributiv în ceea ce priveşte ideația suicidară la persoanele în vârstă.

4.4. Factori sociali şi de mediu

În general, cercetarea în domeniu a permis relevarea mai multor factori de mediu şi sociali importanți legați de sinucidere. Aceştia privesc modalitatea de sinucidere, locul de rezidență al persoanei sinucigaşe, statutul ocupațional, situația economică, statutul de imigrant, religia.

Metoda aleasă pentru sinucidere va determina, între altele, şi dacă sinuciderea va rămâne la stadiul de tentativă sau va fi desăvârşită.. În Statele Unite ale Americii, armele de foc, cele mai periculoase instrumente alese pentru finalizarea unei sinucideri, sunt folosite în aproape o treime din sinucideri[68]. În general, persoanele în vârstă aleg metode care cer forță fizică mai redusă, precum înecul, precipitarea de la înălțime. În ultimele decenii, în unele țări, ca de exemplu Australia, a crescut numărul sinuciderilor prin spânzurare mai ales la tinerii care nu au sau nu utilizează arme de foc[69]. Aproape pretutindeni, femeile

---

[67] Maris, R.W. *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors.* Baltimore, Maryland, John Hopkins University Press, 1981. Această izolare socială stă de fapt în spatele a ceea ce Durkheim numea sinucidere egoistă şi anomică, amândouă conceptele fiind legate de ideea relațiilor sociale inadecvate. Într-un studiu comparativ, privind comportamentul de grup al persoanelor care au avut tentative de suicid, al celor care s-au sinucis şi al persoanelor care au murit de cause naturale, se arată că cei care au reuşit să se sinucidă au participat mai rar la organizarea socială, de cele mai multe ori nu aveau prieteni şi se retrăseseră treptat din relațiile interpersonale, ajungând în final într-o stare de rar la organizarea socială, de cele mai multe ori nu aveau prieteni şi se retrăseseră treptat din relațiile interpersonale, ajungând în final într-o stare de totală izolare socială.

[68] *National injury mortality reports.* 1987-1998. Atlanta, Georgia, , Centers for Disease Control and Prevention, 2000.

[69] De Leo, D. şi alții. *Hanging as a means to suicide in young Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services.* Brisbane (Australia), Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.

sunt tentate să aleagă metode mai puțin traumatizante, cum ar fi ingerarea excesivă de medicamente.

Mai există şi alți factori, în afara vârstei şi sexului, cum ar fi cei de natură culturală (în Japonia se mai cunosc şi astăzi cazuri de *hara-kiri,* (eviscerare voluntară), influența media (se întâmplă ca tinerii să împrumute metode pe care le-au folosit unele din celebrițile intens mediatizate pentru a se sinucide)[70]. Hotărârea unei persoane de a renunța la viață se vede mai ales din metoda aleasă, metode mai susceptibile de a antrena un traumatism major care să provoace moartea instantanee, precum spânzurarea, precipitarea de la mare înălțime, folosirea unei arme de foc.

Şi **analiza mediului de rezidență** al sinucigaşului punctează unele disparități între ratele de sinucidere între zonele urbane şi cele rurale. În Australia, unele țări europene (Anglia, Țara Galilor, Scoția etc.) se remarcă rate mai mari în zonele populate de agricultori. În S.U.A., în 1997, în districtul manhattan, la New York, au fost înregistrate 1372 de sinucideri, de trei ori mai multe decât în statul majoritar rural Nevada (411). Dar rata sinuciderii din statul Nevada era de trei ori superioară celei din statul New York în ansamblul său (24,5 la 100.000 de locuitori – cea mai ridicată din întreg teritoriul Statelor Unite ale Americii – rata sinuciderii 7,6 la 100.000). Preponderența sinuciderilor în mediul rural din aceste zone are drept cauze izolarea socială, dificultatea decelării semnalelor de alarmă comportamentală care prevestesc trecerea la actul sinucigaş, accesul limitat la instituții de sănătate, medici, nivelul redus de instrucție. În zonele rurale, diferă şi metodele de sinucidere. În zonele rurale din Europa de Est şi unele zone din Asia de sud-est, ierbicidele şi pesticidele sunt cel mai frecvent folosite în sinucidere, pentru că sunt uşor de procurat, sunt la îndemâna oricui. Spre deosebire de acestea, în comunitățile rurale australiene, în care este obişnuit să ai o armă de foc, acestea sunt cel mai adesea menționate ca metode folosite în sinucidere.

Incidența **imigrației** asupra ratelor sinuciderii este studiată mai ale în țări ca Statele Unite, Australia, Canada, în care trăiesc diverse grupuri etnice. S-a

[70] Wasserman, I., *Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect.* "American Sociological Review", 1984, 49 : 427-436.

observat că ratele sinuciderii pentru un grup etnic sau altul din aceste țări sunt similare cu cele din țara de origine a imigranților respectivi. În Australia, ratele sinuciderii la imigranții greci, italieni şi pakistanezi sunt net inferioare celor înregistrate la imigranții din țările Europei de Est, Irlanda sau Scoția, țări în care aceste rate au fost întotdeauna mai mari[71]. Aceasta ne îndreptățeşte să afirmăm că factorii culturali influențează considerabil comportamentul suicidar.

Statutul ocupațional şi alți factori economici sunt şi ei responsabili de creşterea sau descreşterea ratei sinuciderii. Din mai multe studii a reieşit că, în timpul perioadelor de recesiune economică şi şomaj la cote înalte, rata sinuciderilor a crescut în multe state. Într-un studiu (1995) privind impactul factorilor economici asupra sinuciderilor în Germania[72], se arată că, în perioadele de dezintegrare socială, când şomajul este mare, când protecția socială este minimă, când nimeni nu este la adăpost în fața falimentului, corelația între aceştia şi rata sinuciderii este semnificativ pozitivă.

Berk (1998)[73] vorbeşte în cercetarea sa despre o creştere a ratei sinuciderilor în fosta Bosnie- Herzegovina peste estimări, precum şi o creştere a dependenței de alcool la copii. Aceştia au supraviețuit pericolelor imediate ale războiului, dar au clacat în fața stresului post-traumatic pe termen lung.

La nivel individual, comportamentul suicidar este mai des întâlnit la şomeri decât la cei care au un loc de muncă. Sărăcia şi diminuarea rolului social, amândouă consecințe ale şomajului sunt adeseori asociate unei predispoziții spre sinucidere, mai ales atunci când locul de muncă este pierdut brusc. Cercetarea în domeniu nu s-a concentrat şi pe durata şomajului, pe regruparea persoanelor care aşteaptă să-şi găsească un prim loc de muncă alături de cei care au suferit pierderea unei slujbe, uitându-se problemele de natură psihiatrică, precum şi tulburările de personalitate.

Religia este de mult timp considerată un factor care influențează rata sinuciderilor. Cercetările au demonstrat că, în țările în care ataşamentul față de

---

71 Cantor, C.H. *op.cit.*, 1995.

72 Weyerer, S., Wiedenmann, A. *Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881-1989.* "Psychological Report", 1995, 76 : 1331-1341.

73 Berk, J.H. *Trauma and resilience during war : a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia.* „Psychoanalytical Review", 1998, 85 : 648-658.

religie este interzis sau în care ateismul este puternic promovat (de ex., țările foste comuniste din Europa de Est, fosta Uniune Sovietică), țările în care religia predominantă este budismul, hinduismul, rata sinuciderilor este mai mare decât în alte țări unde catolicismul sau islamul sunt religiile dominante. Singura excepție notabilă poate fi considerată Lituania, care, deşi avea o populație predominant catolică, iar influența bisericii era foarte puternică chiar şi atunci când făcea parte din fosta Uniune Sovietică, prezintă şi prezenta rate ale sinuciderii destul de ridicate[74].

Durkheim considera că sinuciderea rezultă din absența identificării cu un grup unitar, avansând ideea că rata sinuciderii ar trebui să fie mai mică acolo unde integrarea religioasă este mai puternică. Prin urmare, practicile şi credințele religioase comune, precum cele asociate catolicismului ar putea reprezenta factori de protecție în fața sinuciderii[75]. Alți cercetători[76] consideră că nu există o legătură între proporția de catolici şi ratele de sinucidere, precum şi că aceste rate sunt mai puțin ridicate la populația care aderă la islam prin raportare la populația creştină.

De ce dreptul contemporan nu se ocupă de sinucidere? Norma juridică priveşte individul în relație şi nu în sine. Ea are ca scop nu perfecționarea individului, ci optimizarea relațiilor sociale în care acesta intră. Dreptul este interesat de raport, el nu se preocupă de o atitudine strict subiectivă cum ar fi sinuciderea. Sistemul juridic nu interzice sinuciderea, dat fiind că el nu are în atenția sa viața individului, individul intrând în sfera lui de preocupări numai dacă intră în relație cu alții. De aceea o persoană poate dispune de propria-i viață, dar nu poate cere altuia să intervină în propria-i moarte, eutanasia intrând sub incidența Codului Penal.

---

[74] Lester, D. *Religion, suicide and homicide.* "Social Psychiatry", 1987, 22 : 99-101. Singura excepție notabilă poate fi considerată Lituania, care, deşi avea o populație predominant catolică, iar influența bisericii era foarte puternică chiar şi atunci când făcea parte din fosta Uniune Sovietică, prezintă şi prezenta rate ale sinuciderii destul de ridicate. Este adevărat ca aceste clasificări nu țin seama de forța credinței şi de adeziunea individuală la religia dintr-o țară dată

[75] Durkheim, E. *Sinuciderea.* Editura Humanitas, 1992

[76] Simpson. M.E, Conlin, G.H. *Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide.* "Social Forces", 1989, 67 : 945-964.

Această atitudine exterioară a dreptului în raport cu conştiința diferențiază norma juridică de cea morală. Sancțiunea atât de des invocată în acest scop este un element derivat şi nu întotdeauna relevant. Se are în vedere că, dacă norma morală este sancționată prin satisfacția conştiinței, nici normei juridice nu-i este străină această formă de aplicare[77].

5. Strategii de prevenire şi control a sinuciderilor

În fața creşterii generale a comportamentelor suicidare, mai ales la tineri, este absolut obligatoriu să se intervină în mod eficient. Orice strategie de prevenire trebuie să pornească de la cunoaşterea factorilor de risc pentru sinucidere. Există de multă vreme un număr remarcabil de intervenții, dar foarte puține reuşesc cu adevărat să ducă la scăderea comportamentelor suicidare sau au rezultate durabile în timp. Pentru a avea totuşi rezultate demne de luat în seamă în acest domeniu, trebuie avute în vedere strategii complexe care să se bazeze în acelaşi timp pe tratamente ale tulburărilor mentale, farmacoterapie, terapii comportamentale, relaționale, intervenții psihosociale, intervenții comunitare, şcolare, la nivelul societal, intervenții postsuicidare, intervenții susținute de politici de stat.

5.1. Tratamentul bolilor mentale şi farmacoterapia

Se ştie că un număr relativ important de sinucideri este cauzat de tulburărilor mentale. Prin urmare este important şi necesar ca ele să fie detectate cât mai rapid cu putință şi să li se administreze tratamentul adecvat pentru a preveni sinuciderea, mai ales în tulburările de stare emoțională, dependența de alcool şi droguri, schizofrenie şi unele tipuri de tulburări de personalitate. Dacă medicii de familie vor fi învățați să diagnosticheze aceste tulburări şi să le trateze la nivelul

[77] Dănişor, D.C. *Norma dreptului.* 2004. http : // drept.acv.ro/Members/Danisor/html.

medicinii primare, ratele sinuciderilor ar putea scădea la persoanele cu acest risc. De asemenea, trebuie avut în vedere că astfel de pacienți suportă mai bine şi cu mai bune rezultate tratamentul cu medicamente de generație nouă recomandate pentru tulburări de stări emoționale şi cele legate de schizofrenie. Aceste medicamente au mai puține efecte secundare şi un profil terapeutic mai precis, ceea ce permite obținerea unor rezultate superioare şi reducerea probabilității de comportament suicidar la aceşti pacienți.

Există preocupări în farmacologie pentru a se studia în ce măsură farmacoterapia influențează procesele neurobiologice, care includ şi unele stări de natură psihiatrică[78]. Se propune paroxetina, presupusă a atenua comportamentul suicidar. Această alegere este justificată prin faptul că se asociază comportamentul sinucigaş unei diminuări a nivelului de serotonină în organism. Paroxetina este un inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei care permite creşterea concentrării cerebrale în serotonină disponibilă pentru neurotransmiterea de semnale. Un studiu pe un an de zile în dublu orb a comparat efectele paroxetinei şi ale unui placebo la un lot de pacienți care prezentaseră tentative de sinucidere, mai ales în perioada premergătoare studiului. Aceşti pacienți nu sufereau de depresii majore, dar cei mai mulți dintre ei sufereau de tulburări de personalitate de limită, fiind antisociali, narsicişti şi histrionici. S-a constatat că pacienților care au luat paroxetina li s-a atenuat comportamentul suicidar.

5.2. Abordări comportamentale

În vreme ce multe tratamente se concentrează prioritar pe tulburările mentale, prin ameliorarea lor încercându-se reducerea comportamentului suicidar, alte abordări vizează direct comportamentul.

Un studiu realizat la Oxford (1990) a avut în vedere pacienți cu un risc crescut de a comite tentative de sinucidere, între 16 şi 65 de ani. Aceştia au fost admişi de urgență la grupul de terapie comportamentală după ce ingeraseră supradoze de antidepresoare. Pacienții au primit fie un tratament standard pentru tentative

[78] Verkes, R.J. şi alții. *Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not with major depression.* "American Journal of Psychiatry", 1998, 155 : 543-547.

de sinucidere, fie un tratament standard însoțit şi de o scurtă intervenție „de rezolvare a problemelor", o formă de psihoterapie scurtă care pune accentul pe problema identificată ca fiind cea mai obsesivă, preocupantă pentru pacient. Studiul a ajuns la concluzia că s-au făcut progrese remarcabile în grupul experimental (tratament plus terapie) la şase luni după abordarea terapeutică, în sensul scăderii ratelor tentativelor de sinucidere repetate. Însă, din nefericire, diferența între acest grup şi cel care a primit numai tratamentul standard a scăzut simțitor, apropiindu-se de zero când subiecții au fost reevaluați la un an şi jumătate după aceea[79].

Cercetătorii americani au avut şi ei în vedere terapia comportamentală dialectică la pacienții cu tulburări de personalitate la limită, disfuncționalități comportamentale multiple, tulburări mentale majore şi cu numeroase tentative de sinucidere. Acest tip de tratament este conceput pentru pacienții suicidari cronici şi are la bază analiza comportamentului, precum şi o strategie de rezolvare de probleme. S-a ajuns la concluzia că, după primul an de tratament, pacienții supuşi unei astfel de terapii au prezentat mai puține tentative de sinucidere în comparație cu cei care au fost supuşi numai unui tratament standard[80].

Un program interesant şi, se pare, util mai mult pentru pacienții care sunt la prima tentativă de sinucidere s-a numit „Cartea verde". Pacientul primeşte un card care îi dă dreptul la diverse soluții imediate, respectiv la un psihiatru de serviciu, la care pot apela la orice oră din zi sau din noapte, sau o spitalizare[81].

Serviciul de tele-ajutor şi tele-control pentru persoanele în vârstă, program dezvoltat în Italia[82], reprezintă o altă formă de intervenție bazată pe principiul relaționării, al facilitării accesului la o formă de ajutor. Este vorba despre un sistem de alarmă pe care clientul îl poate activa pentru a cere ajutor. Serviciul de telecontrol contactează clienții de două ori pe săptămână pentru a verifica dacă

---

79 Salkovskis, P.M., Atha C., Storer, D. *Cognitive behaviouralproblem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial.* "British Journal of Psychiatry", 1990, 157 : 871-876.

80 Linehan, M.M., Heard H.L., Armstrong, H.E. *Naturalistic follow-upof a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients.* "Archives of General Psychiatry", 1993, 50 : 971-974.

81 Cotgrove, A. et al. *Secondary prevention of attempted suicide in adolescence.* "Journal of Adolescence", 1995, 18 : 569-577.

82 De Leo, D., Carollo, G., Dello Buono, M. *Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home.* "American Journal of Psychiatry", 1995, 152 : 632-634.

aceştia au nevoie de vreun ajutor şi pentru a le aduce un sprijin afectiv. 12.135 de persoane în vârstă de peste 65 de ani au beneficiat de două tipuri de servicii pe o perioadă de patru ani. În tot acest timp, nu a existat decât o sinucidere în grupul respectiv, față de şapte la câte s-ar fi putut aştepta din punct de vedere statistic.

5.3. Abordări de tip relațional

Se ştie că riscul de sinucidere este legat de numărul relațiilor interpersonale pe care o persoană le are. Cu cât aceste relații sunt mai numeroase, cu atât riscul de sinucidere este mai mic. Abordarea generală constă în studierea atentă a problemelor din diverse segmente ale vieții sociale a pacientului, încercându-se, în scopul unei terapii eficiente, găsirea unor soluții adecvate. Deşi este vorba, mai ales, despre prevenirea revenirii la un comportament suicidar, ameliorarea relațiilor sociale este considerată importantă prin ea-însăşi.

O metodă de intervenție specifică a fost propusă de Litman şi Wold[83] - „menținerea relațiilor continue". Este de fapt menținerea de către un consilier psihosocial a unei relații, constând în dese contacte personale, cu persoana suicidară. Timp de 18 luni, 400 de oameni cu risc crescut de sinucidere au urmat acest program. Subiecții au fost împărțiți într-un grup experimental (M.R.C.) şi un grup martor, care beneficia de consiliere psihosocială continuă, subiecții având inițiativa contactării consilierului. Intervenția nu a dus la diminuarea în intensitate a ideației suicidare sau la reducerea tentativelor de sinucidere, a sinuciderilor realizate. Totuşi, programul şi-a dovedit eficiența prin atingerea mai multor obiective intermediare, evidențiindu-se progresul sensibil în grupul experimental (M.R.C.) prin raportare la grupul martor. Participanții la program s-au simțit mai puțin singuri, reauşeau să aibă relații intime satisfăcătoare, erau mai puțin depresivi şi mai pregătiți să contacteze serviciile comunitare.

---

[83] Litman, R.E., Wold, C.I. *Beyond crisis intervention.* Schneidman E.S. "Suicidology, contemporary developments". New York, Grune&Stratton, 1976: 528-546.

Gibbons et al.[84] a comparat eficiența unui „sprijin psihosocial individualizat bazat pe sarcini" – metoda rezolvării de probleme sau punerea accentului pe colaborarea dintre pacienți şi asistentul social pentru problemele legate de viața cotidiană – cu un tratament standard pentru pacienții cu tentative de sinucidere anterioare. S-a constatat că nu au existat diferențe între cele două grupuri în ceea ce priveşte rata tentativelor de sinucidere repetate, însă subiecții din grupul care a beneficiat de un sprijin psihosocial individualizat bazat pe sarcini a progresat, fiind capabil să-şi rezolve mai bine problemele sociale decât grupul martor.

5.4. Intervenții comunitare

Paralel cu intervențiile la nivel individual, în multe țări există servicii de sănătate mentală comunitare pentru persoanele care manifestă comportamente suicidare. Aceste centre sunt concepute ca centre de criză unde se oferă un sprijin imediat, de obicei prin telefon, existând însă şi consiliere psihosocială directă, precum şi acțiuni sociale. Unele cercetări au arătat că, la nivel global, aceste centre de prevenire a sinuciderii nu şi-au probat eficacitatea în ceea ce priveşte rata sinuciderii, constatându-se chiar că proporția sinuciderilor la clienții acestor centre este superioară celei de la nivelul populației generale. Acest fapt ar putea să ducă la concluzia că aceste centre de prevenire atrag în mare măsură populația cu risc ridicat de sinucidere[85].

Există programe de formare a personalului din şcoli, a membrilor comunității şi a personalului medical în vederea pregătirii lor pentru a putea repera persoanele cu risc suicidar şi a le îndruma spre serviciile de sănătate mentală competente. La baza acestor programe stă legătura solidă cu serviciile de sănătate mentală locale. Însă, este necesar să se țină seama că, indiferent cât de bine sunt pregătiți şi informați profesorii, părinții, alți participanți la programele din şcoli, aceştia nu trebuie să înlocuiască personalul specializat în sănătate mentală. Şi totuşi aceste instituții specializate nu pot face față singure nevoilor

---

[84] Dew, M.A. and al. *A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers*. "Journal of Consulting and Clinic Psychology", 1987, 55: 239-244.

[85] idem

tinerilor şi ca atare şcolile sunt cele care trebuie, pot să contribuie la prevenirea sinuciderilor.

5.5. Abordări la nivelul societăţii

Acest tip de abordare se referă la politici care restrâng accesul la mijloacele de sinucidere: barbiturice, arme de foc etc. În unele țări, precum Australia, Canada, Statele Unite ale Americii, s-a constatat o scădere a utilizării armelor de foc în sinucidere o dată cu restrângerea dreptului de a deține o astfel de armă[86]

Se cunoaşte influența media asupra ratelor sinuciderii[87]. Unii specialişti se tem că vulgarizarea extremă în semnalarea cazurilor de sinucidere poate crea o cultură a sinuciderii, în care acest comportament este considerat normal şi acceptabil pentru părăsirea unei lumi dificile. Se cere din ce în ce mai multă responsabilitate din partea media în maniera în care relatează cazurile de sinucidere, orice măsură în această direcție ar fi binevenită. Diverse organizații, precum şi guverne, au propus linii directoare în ceea ce priveşte relatarea comportamentelor suicidare: Befriender International în Anglia, Centrele pentru controlul şi prevenirea bolii în S.U.A., O.M.S., guvernele australian şi neo-zeelandez[88].

În 1999, O.M.S. a lansat o inițiativă mondială pentru prevenirea sinuciderii, având următoarele obiective: ajungerea la o reducere durabilă a frecvenței comportamentelor suicidare, punându-se accentul pe politicile din țările în curs

---

[86] Lester, D., *Preventing suicide by restricting access to methods for suicide.* "Archives of Suicide Research", 1998, 4: 7-24.

[87] Încă de acum două secole, celebrul roman al lui Goethe-Suferințele tânărului Werther- provoca o adevărată contagiune a sinuciderii. Astăzi, se pare că efectul articolelor de presă, al reportajelor asupra incitării prin imitație la sinucidere depinde în mare măsură de modul în care sunt prezentate evenimentele (tonalitate, locul acordat evenimentului, utilizarea fotografiilor şi a altor documente nepotrivite).

[88] *Preventing suicide : a resource for media professionals.* Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000.

de dezvoltare sau în tranziție economică şi socială; reperarea, evaluarea şi eliminarea într-un stadiu precoce, atât cât este posibil, a factorilor care pot incita tineretul la sinucidere; sensibilizarea publicului şi asigurarea unui sprijin psihosocial persoanelor care suferă de ideație suicidară sau au avut tentative de sinucidere, părinților şi prietenilor persoanelor care s-au sinucis.

Principala strategie de punere în acțiune a acestei inițiative comportă două componente care urmăresc strategia O.M.S. în materie de sănătate primară: organizarea de activități multisectoriale naționale, regionale şi mondiale în vederea informării suplimentare privind comportamentele suicidare şi prevenirea lor eficientă; întărirea capacităților unei țări de a defini şi evalua politici şi planuri naționale pentru prevenirea sinuciderilor, în care să fie cuprinse tratamentul şi sprijinirea populației cu risc crescut (depresivii, persoanele vârstnice, tinerii), limitarea accesului la mijloacerle folosite în sinucidere (de ex., substanțele toxice), sprijinirea şi întărirea rețelelor de persoane care au supraviețuit unei tentative de sinucidere, formarea specialiştilor din sectorul de sănătate primară şi alte sectoare înrudite.

7. Recomandări şi Concluzii

7.1. Recomandări

Se constată nevoia urgentă de informații referitoare la cauzele sinuciderii, la scară națională şi internațională, mai ales în grupurile minoritare. Ar fi eficientă încurajarea unor studii interculturale, care ar putea facilita înțelegerea factorilor de cauzalitate şi de protecție şi care ar duce, în consecință, la ameliorarea eforturilor de prevenire. O.M.S.[89] face următoarele recomandări pentru culegerea unor date mai bune privind fenomenul sinuciderii:

- guvernele ar trebui încurajate să faciliteze culegerea datelor asupra comportamentelor suicidare fatale şi nonfatale, punându-le apoi la dispoziția organizației Mondiale a Sănătății;
- centrele spitaliceşti şi alte servicii medicale şi sociale ar trebui să fie încurajate să țină registre de comportamente suicidare nonfatale (tentativele de sinucidere care nu au ca rezultat moartea persoanei); aceste date statistice ar trebui puse de acord şi ținute la zi, pe baza unui ansamblu de criterii şi definiții uniforme care, o dată stabilite, ar trebui să fie constant aplicate şi revizuite;
- este necesar ca strângerea datelor să fie în aşa fel organizată, încât să se evite suprapunerea informațiilor statistice, uşurându-se astfel accesul cercetătorilor care se ocupă de investigații analitice şi epidemiologice;

---

89 *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé.* 2002, p. 226.

- se simte nevoia unor eforturi susținute pentru corelarea datelor provenind de la diverse organisme, inclusive spitale, instituții psihiatrice, alte instituții medicale, medicina legală şi poliție;
- se recomandă, pentru specialiştii din instituțiile medicale şi din alte organizații responsabile, o formare care să le permită să repereze şi să orienteze persoanele cu risc suicidar, precum şi codificarea corectă a acestor cazuri în sistemul de colectare a datelor;
- este necesară culegerea de date privitoare la indicatorii sociali (calitatea vieții, ratele de divorț, evoluția demografică şi socială) în paralel cu informațiile referitoare la comportamentele suicidare, pentru înțelegerea cât mai completă a acestui fenomen;
- se simte nevoia unui plus de cercetare pentru examinarea contribuției factorilor biologici şi psihosociali responsabili pentru comportamentul suicidar; asocierea acestor factori în programele de cercetare ar permite progresarea în cunoaşterea actuală a fenomenului; cercetarea în genetica moleculară, care ia din ce în ce mai mare amploare, ar fi extrem de utilă mai ales pentru a înțelege mai bine mecanismele de control al metabolismului serotoninei ; mai multe cercetări clinice asupra rolului cauzal al stărilor comorbide (de ex., interacțiunea dintre depresie şi consumul excesiv de alcool); ar trebui să se pună mai mult accentul pe subgrupurile de populație ținându-se cont de variabilele vârstă, personalitate, temperament; imageria cerebrală este un alt domeniu în care cercetarea ar trebui aprofundată; şi, în sfârşit, ar fi necesar un interes sporit pentru studierea rolului ostilității, agresivității şi impulsivității în comportamentele suicidare;
- contribuția considerabilă a factorilor psihiatrici în comportamentul suicidar ne duce la concluzia că este extrem de importantă ameliorarea tratamentului tulburărilor psihiatrice pentru prevenirea sinuciderii la astfel de pacienți; în acest scop, ar trebui încurajate societățile farmaceutice în cercetarea pentru introducerea unor medicamente din ce în ce mai eficiente în astfel de tratamente;

finanțarea cercetării ar trebui orientată spre punerea la punct a unor tehnici de psihoterapie şi consiliere psihosocială specializate pentru persoanele suicidare;

- guvernele şi serviciile naționale de planificare a sănătății trebuie să acorde prioritate depistării şi tratării precoce a persoanelor care suferă, nu numai de tulburări mentale, dar şi de toxicomanie şi alcoolism;
- sunt necesare şi schimbări de mediu înconjurător pentru limitarea accesului la mijloace de sinucidere (de ex., limitarea accesului pe acoperişurile unor clădiri înalte, limitarea accesului nonagricultorilor la pesticide, accesul la medicamente numai cu rețetă emisă de un medic, reducerea numărului de tablete prescrise, acolo unde este posibil, pres crierea medicamentelor mai ales sub formă de supozitoare, limitarea accesului la arme de foc etc.);
- dezvoltarea unor programe de prevenire la nivelul comunității;
- creşterea finanțării pentru centrele de prevenire a sinuciderii, pentru grupurile de sprijin, pentru reducerea izolării sociale;
- stabilirea de parteneriate şi îmbunătățirea colaborării între organismele interesate;
- dezvoltarea unor programe educative în şcoli, la locurile de muncă, în diverse cadre comunitare, cu scopul prevenirii comportamentelor suicidare.

Prin urmare este nevoie de investiții importante atât în cercetare, cât şi în instituirea unor măsuri de prevenire. Eforturile pe termen scurt pot ajuta la înțelegerea oamenilor care se sinucid, la descoperirea unor măsuri de prevenire şi control. Studiile longitudinale sunt indispensabile pentru sesizarea mai nuanțată a rolului factorilor biologici, psihosociali şi de mediu înconjurător în sinucidere. Evaluările şi pe termen lung sunt şi ele folositoare.

Măsurile de prevenire a sinuciderii vor fi ineficiente dacă nu se vor înscrie în planuri la scară mare definite prin echipe multidisciplinare compuse din reprezentanți ai guvernului, cercetători, responsabilii cu sănătatea publică etc.

7.2.Concluzii

Sinuciderea este un fenomen extrem de prezent pe toate meridianele lumii, cu o rată anuală semnificativă.

- Dintotdeauna sinuciderea a reprezentat o preocupare pentru filosofi, medici, sociologi, psihologi, criminologi etc.
- O lungă perioadă de timp, sinuciderea a intrat sub incidența Codului Penal, de-abia în secolul al XIX-lea responsabilitatea individului trecând în plan secundar, iar sinucigaşul fiind perceput ca manipulat de factori sociali sau psihologici pe care el nu-i poate controla.
- Repertoriul comportamentelor suicidare este extrem de larg şi divers, ceea ce atrage după sine dificultatea de definire a fenomenului.
- Psihologii, specialiştii în suicidologie au elaborat instrumente de cercetare (scale, teste) care alături de interviuri pot ajuta la estimarea riscului de moarte suicidară şi la stabilirea motivației suicidare.
- Punctul de vedere psihologic poate sta la baza explicării mecanismului trecerii la actul suicidar, dar nu poate explica constanța fenomenului la nivel de grup social, pentru sinucidere putându-se vorbi şi de determinări de ordin social.
- Ratele sinuciderii variază de la o țară la alta în funcție de cultură, rasă, origine etnică şi de structura populației.
- Modul în care se înregistrează toate tipurile de decese variază de la o țară la alta, ceea ce face dificilă compararea ratelor naționale de sinucidere.
- Factorii de risc suicidar sunt cei demografici, psihiatrici, biologici, de mediu, sociali, dar şi individuali.
- Dinamica sinuciderilor în România între 1996-2000 se remarcă printr-o tendință de creştere, vârful de creştere fiind anul 2000, când nivelul de speranță al populației era foarte ridicat.
- În 2004, în România, numărul de sinucideri afost egal cu cel al victimelor generate de omucideri şi accidente rutiere la un loc.
- Categoria de vârstă cu risc mare de sinucidere se plasează în intervalul 45-54 de ani, vârsta maturității active.

- Ponderea sinuciderilor la tinerii români este relativ constantă în ultimii patru ani.
- Bărbații se sinucid în număr mult mai mare decât femeile, respectând tendința la nivel mondial.
- Județele cu numărul cel mai mare de sinucideri sunt Harghita, Dolj şi Covasna, iar numărul cel mai mic de sinucideri, sub media pe țară este în județele Alba şi Caraş Severin.
- Între metodele cele mai frecvent folosite pentru sinucidere spânzurătoarea se află pe primul loc.
- Metodele cele mai violente de sinucidere sunt preferate de bărbați, iar cele cu efect mai puțin traumatizant sau percepute ca atare, de către femei.
- Pentru România, nu există date care să ateste relația dintre rata sinuciderilor şi mediul de rezidență, starea civilă a sinucigaşilor, statutl lor socio-economic, starea de spirit a populației.
- Strategiile de prevenire şi control a sinuciderii trebuie să aibă în acelaşi timp în vedere tratamentul tulburărilor mentale, farmacoterapia specifică, terapiile comportamentale, relaționale, intervențiile psihosociale, intervențiile comunitare, şcolare, de la nivelul societății, intervențiile postsinucidere, intervenții susținute de politici de stat.
- Principala strategie de punere în acțiune a acestei inițiative comportă două componente care urmăresc strategia O.M.S. în materie de sănătate primară: organizarea de activități multisectoriale naționale, regionale şi mondiale în vederea informării suplimentare privind comportamentele suicidare şi prevenirea lor eficientă; întărirea capacităților unei țări de a defini şi evalua politici şi planuri naționale pentru prevenirea sinuciderilor.
- se simte nevoia unui plus de cercetare pentru examinarea contribuției factorilor biologici şi psihosociali responsabili pentru comportamentul suicidar; asocierea acestor factori în programele de cercetare ar permite progresarea în cunoaşterea actuală a fenomenului; cercetarea în genetica moleculară, care ia din ce în ce mai mare amploare, ar fi extrem de utilă mai ales pentru a înțelege mai bine mecanismele de control al metabolismului

serotoninei ; mai multe cercetări clinice asupra rolului cauzal al stărilor comorbide (de ex., interacțiunea dintre depresie şi consumul excesiv de alcool); ar trebui să se pună mai mult accentul pe subgrupurile de populație ținându-se cont de variabilele vârstă, personalitate, temperament; imageria cerebrală este un alt domeniu în care cercetarea ar trebui aprofundată; şi, în sfârşit, ar fi necesar un interes sporit pentru studierea rolului ostilității, agresivității şi impulsivității în comportamentele suicidare.

- este nevoie de investiții importante atât în cercetare, cât şi în instituirea unor măsuri de prevenire.

Studii de caz[90]

Cazul 1 (sinucidere familială)

Mihai s-a sinucis în primăvara lui 1997. Avea 38 de ani. S-a întâmplat la 12 ani şi câteva zile după sinuciderea surorii sale Amelia, în martie 1985.

Părinții au fost cu totul orbiți, copleşiți de tragedia Ameliei, deşi Mihai era tratat de depresie de mai mult de 10 ani, ajungând în final să fie diagnosticat cu depresie maniacală. Mihai locuia cu părinții, mediul fiind afectuos şi deschis, apropiat până la momentul sinuciderii lui. Sora sa Amelia a murit singură. Se poate spune că nu are nici o importanță, că moartea este moarte, oricum ar fi ea. În ce consta totuşi diferența? Mihai a murit iubit, existau multe persoane care au lucrat cu el pentru a putea opri evoluția unei boli mentale teribile care îl împinsese spre cele mai cumplite şi mai adânci găuri negre. Amelia a încercat şi ea să oprească această spirală a morții, dar nu a fost aproape nimeni lângă ea să o ajute. Poate că Amelia era capabilă să oprească sau să-şi controleze boala ei mentală, dacă ea sau cei din jurul ei ar fi ştiut măcar ce s-a întâmplat.

După ce a studiat un semestru la Universitatea din Iaşi, s-a transferat la Bucureşti ca să studieze biochimia. Era printre studenții cei mai buni din facultate şi ar fi trebuit să absolve în vara lui 1985. În liceu, practicase sportul de performanță, îi plăcea să cânte la pian.

---

[90] Cazurile prezentate sunt preluate din dosarele unor psihoterapeuți (Institutul de Psihologie şi cabinete particulare), cărora le mulțumim pentru disponibilitate.

La sfârşitul lui martie 1985, părinții primesc o scrisoare de la Amelia. Era plină de optimism, iar scrisul era plin de înfloriturі. Acest stil nu o caracteriza, era chiar diferit de Amelia cea serioasă, introvertită, uneori melancolică, dar foarte reținală. Dar la momentul acela, părinții s-au bucurat, lucrurile păreau să meargă într-o direcție bună pentru ea, ei au început să-şi facă planuri de vacanță pentru vară. Dar lovitură de teatru, două zile mai târziu primesc vestea că Amelia s-a sinucis, tăindu-şi venele şi aşteptându-şi sfârşitul având alături păpuşa preferată în copilărie. Din acel moment viața întregii familii s-a schimbat.

În ianuarie 1997, familia era conştientă că depresia lui Mihai se accentuase, în ciuda tratamentului. Părinții simțeau că-l vor pierde, deşi o întreagă echipă de doctori, psihiatri, psihologi se ocupa de el. La una din ultimele şedințe de terapie, Mihai a strigat disperat: „Durerea este atât de mare”! Când a fost întrebat de ce nu se sinucide, dacă lucrurile stau în felul acesta, a răspuns că nu o face din cauza familiei. Se lupta cu dependența de alcool şi de droguri încă din liceu. Depresia lui se declanşase de timpuriu, dar nu a fost tratată medical până la 28 de ani. Depresia i-a furat lui Mihai relațiile personale, slujbele bune, umorul plin de substanță de care dădea dovadă, grația şi abilitatea socială. Redăm în cele ce urmează scrisoarea lui scrisă cu o zi înainte de a se sinucide:

Familiei mele,

Nu înțeleg cum un Dumnezeu iubitor permite minții mele să fie bântuită de astfel de gânduri aproape tot timpul. Chiar şi după ce am ieşit din spital, lumea îmi apare ca o mucava, ca şi cum toate fațetele şi orice văd nu ar fi „drept”, ca şi cum moartea mi-ar da tîrcoale. Ce încearcă Dumnezeu să demonstreze? Este oribil şi nu am vrut să admit în totalitate cât de rău este. Nu am vrut să termin într-un spital ca psihotic. Am avut câteva zile bune şi aici şi acolo. Medicația a părut să mă ajute o perioadă, dar nimic nu a reuşit să alunge senzația că lumea este o fantezie căreia nu-i aparțin. Interviurile pentru angajare, telefoanele, conversațiile zilnice mă epuizau. Nu condamn doctorii. Ei au făcut tot ce au putut, dar ei nu au înțeles cu adevărat ce înseamnă să trăieşti aşa 24 de ore din 24.

Această boală a minții mele este hidoasă. Factorul genetic este uriaş. Înțelegem atât de puțin despre asta!

Vă rog să mă iertați, nu mai pot să merg înainte în halul ăsta. Este prea oribil. Îmi pare rău, plănuiesc să folosesc alcoolul la sfârşit. Nu mai vreau să merg din nou la spital. Sunt sigur că aş simți acelaşi lucru şi dacă aş avea un serviciu grozav, o căsnicie reuşită. Este o anomalie chimică ce s-a agravat de-a lungul timpului. Cred că Dumnezeu a avut un motiv pentru asta, aşa misterios cum este, şi că are un loc liniştit şi pentru mine.

Vă iubesc foarte mult.

4 şi 15 p.m., 3/21/97, Cu dragoste Mihai.

Mihai a cumpărat de la cineva o puşcă veche, 12 gloanțe, s-a dus într-un parc frumos şi s-a împuşcat aproximativ la ora 3 după amiaza, la 22 martie 1997.

Litium-ul şi terapia electroconvulsivă au fost tratamente pe care Mihai, care suferea de depresie maniacală, nu le-a folosit. Poate că acest gen de tratament i-ar fi îmbunătățit situația, l-ar fi ajutat.

În cazul Ameliei, şcoala a sesizat unele semne de depresie, dar nu le-a comunicat nimic părinților ei. Aşa că pentru ea s-a irosit şansa unui tratament care poate ar fi ajutat-o.

Din relatarea mamei, cât şi din scrisoarea lăsată de Mihai reiese că atât boala Ameliei cât şi a lui Mihai este ereditară: „factorul genetic este uriaş. Înțelegem atât de puțin despre asta...”. Ereditatea în P.M.D. (psihoza maniaco-depresivă) este dovedită, mai mult decât în oricare dintre psihoze, transmiterea fiind directă. Se pare că tatăl celor doi suferea de depresie unipolară, caz în care debutul primului episod apare în medie după 43 de ani. Acelaşi diagnostic se poate pune şi celor doi tineri, cu toate că, în cazul Ameliei, debutul pare să se fi produs la o vârstă relativ fragedă: „...Amelia cea serioasă, uneori melancolică, dar foarte rațională...”.

Melancolia de involuție este de douăzeci de ori mai frecventă în cazul persoanelor ai căror părinți (unul dintre ei) a suferit de o boală asemănătoare. În

cazul Ameliei, evoluția P.M.D. se caracterizează prin apariția unor episoade caracteristice bolii, distanțate în ani, dar cu agravarea în timp a simptomelor, dată fiind lipsa unui tratament corespunzător. Conştientizându-şi starea, Amelia, fără a-şi anunța părinții, se transferă la o facultate din Bucureşti – biochimie – dorindu-şi să găsească o explicație, o soluție pentru ameliorarea simptomelor tot mai evidente ale bolii de care suferea. Din păcate, episoadele maniacale încep să se manifeste brusc, agravându-se rapid. Escaladarea situației şi probabil şi probabil conştientizarea ireversibilității bolii, pe fondul unei stări confuzional-depresive, anxioase ea ajunge să se sinucidă prin tăierea venelor. Neatenția părinților față de ce se întâmpla cu Amelia, neglijarea de către profesorii din liceu, care observaseră că se întâmplă ceva ciudat cu ea, să anunțe familia şi să-i recomande trimiterea la un cabinet specializat, lipsa unui psiholog în şcoală, iată elemente care au concurat la sfârşitul tragic al acestei tinere.

În cazul lui Mihai, originea ereditară a bolii şi trauma psihică severă trăită ca urmare a morții surorii lui declanşează destul de devreme apariția episoadelor maniacale depresive, aceasta întâmplându-se şi pe fondul consumului exagerat de alcool şi a unei vieți dezorganizate: „...se lupta cu alcoolul şi viața dezorganizată încă din liceu. Depresia lui Mihai a fost declanşată de timpuriu, dar nu a fost tratată medical până la 28 de ani...".

Din scrisoarea lăsată de Mihai reiese că pierderea statutului social (rămăsese fără serviciu), izolarea (îşi pierduse toți prietenii), lipsa abilității sociale (din această cauză nu-şi putea găsi o slujbă, mersul la interviuri şi alcătuirea unui C.V., telefoanele, conversațiile zilnice epuizându-l pur şi simplu, nu putea să închege noi relații), viața dezorganizată au condus la apariția unor episoade distimice – maniaco-depresive -, la idei negative privind viitorul său, inutilitatea lui ca persoană. De aici sentimentul de disperare, lipsa speranței, nefericirea patologică care îl fac să exclame: „Durerea e atât de mare"!

Mihai are o personalitate premorbidă, rezultat şi al unui stil defectuos de cunoaştere, tradus printr-o percepție negativă a Eu-lui, printr-o interpretare negativă a propriei experiențe, fără speranțe în viitor, în care pulsiunea suicidară îi apare ca o eliberare – sinuciderea ca element catharctic - . Toate acestea sunt

infinit mai puternice decât dragostea sa față de familie, de altfel destul de mare, care l-a împiedicat o vreme să treacă la actul final de a-şi lua viața.

Cazul 2

Radu, în vârstă de 12 ani, ajuns la psiholog, după ce fusese salvat în extremis, în urma ingerării unui medicament pentru inimă, găsit în dulăpiorul de medicamente din baie. Părinții lui afirmau că li s-a părut că, de câteva luni, băiatul lor parcă se schimbase. Nu au dat atenție acestui lucru, crezând mai degrabă că este vorba de rea-voință din partea lui. În urma discuțiilor avute cu psihologul, şi-au reamintit că schimbarea observată apăruse după plecarea celui mai bun prieten al copilului, emigrat cu părinții în Canada. Radu devenise apatic, manifesta mai tot timpul indiferență, dar existau şi momente de agitație continuă, un hiperkinetism accentuat „când nu putea sta locului, era ca argintul viu", fiind totuşi incapabil să se poată concentra pentru a duce la bun sfârşit vreo acțiune. Rezultatele la şcoală deveneau din ce în ce mai slabe, părinții au început să-i reproşeze că s-a lenevit. Situația a culminat cu tentativa de sinucidere.

În urma şedințelor cu psihologul, s-a descoperit că Radu credea că plecarea prietenului lui s-a produs din vina lui, că, în general, este vina lui că nici un coleg nu pare să-l agreeze. Părinții erau nemulțumiți de el, dar el simțea pe zi ce trecea că nu mai putea face nimic. Iată de ce, spunea el, m-am hotărât să mă sinucid.

Problema lui Radu s-a dovedit a fi depresia. Părinții trebuie să conştientizeze că depresia poate apărea şi la copii mai mici decât Radu. De asemenea, trebuie ştiut că, cu cât copiii sunt mai mici, cu atât semnalele vor fi mai nespecifice, putând fi uşor confundate cu obrăznicia, neatenția, lenea sau chiar cu o boală somatică. Dacă părinții ar cunoşte acest lucru, ar putea cere din timp un consult psihiatric şi/sau psihologic evitându-se astfel trecerea la actul suicidar. Astfel se permite ameliorarea şi/sau însănătoşirea copilului doar prin intermediul psihoterapiei, fără a mai fi neapărat necesară o intervenție medicamentoasă.

Cazul 3

M.P. s-a născut în 1987 în oraşul B.şi până la vârsta de 18 ani a avut două tentative de sinucidere. Prima tentativă, la 16 ani, prin ingerarea unor somnifere. Este salvată de către mamă, în urma unui apel telefonic dat de un coleg alertat de faptul că M.P. nu răspunde la telefon (M.P. discutase inițial cu acest coleg şi-l informase despre intenția ei de a se sinucide). A doua tentativă are loc un an mai târziu prin încercarea reuşită de secționare a venelor de la mâna stângă. Este găsită de concubinul mamei, salvată în ultimul moment în urma unei intervenții medicale specializate.

Caracteristicile tabloului clinic al lui M.P. relevă că aceasta suferă de **episod depresiv major însoțit de un comportament anorexic (anorexie nervoasă).**

În cazul lui M.P. criteriile de diagnostic pentru episodul depresiv major sunt:

- Dispoziție depresivă majoră în cea mai parte a zilei;
- Diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate/sau aproape toate activitățile;
- Luare în greutate (tip restrictiv în alternanță cu tip excesiv/purgare);
- Insomnie;
- Lentoare psihomotorie;
- Fatigabilitate sau lipsa de energie aproape în fiecare zi;
- Sentimente de inutilitate;
- Diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra ori indecizie aproape în fiecare zi.

O introspecție (anamneza psihologică) în viața lui M.P.în vederea evaluării diferitelor alternative pe care le-a avut la dispoziție în decursul scenariului existențial propriu, până în momentul trecerii la actul de sinucidere, a arătat că la naşterea ei mama avea 16 ani în urma unei relații de concubinaj avute cu concubinul mamei (D.R). C.P.(mama) termină liceul, pleacă în oraşul C. pentru a urma cursurile unei facultăți. Încă din perioada liceului, C.P. îl cunoaşte pe D., student în oraşul C, cu care se căsătoreşte în momentul în care şi ea intră la facultate. M.P. rămâne la bunicii din partea mamei. Primele ei amintiri sunt legate

de momentele de suferință, de frustrare profundă, cauzate de absența mamei ,,*îmi amintesc,… pe la vârsta de 3 ani că o închideam în cameră să nu mai plece, mă agățam disperată de picioarele ei…".* Până în clasa a III a locuieşte cînd la bunicii din partea mamei (*bunica este o persoană simplă, fără şcoală, grasă, bârfitoare, rea…tot timpul îl certa pe bunicul, altfel un om blând… niciodată nu mi-a dat voie să fac ceva anume de una singură…, nu mă lăsa singură nici la W.C…până în clasa a XI- a nu am avut curajul să aprind aragazul, îmi era frică să trec singură strada*…), când la bunicii din partea tatălui (*sunt nişte jegoşi, inculți, cred ca banul reprezintă totul…, îmi spuneau mereu cât de rahat sunt. Mă obligau să mănânc şi apoi îmi spuneau că sunt ca o vacă* – „nu te vezi câtă eşti" - , *îmi spuneau că sunt o proastă*).

Absența afectivității din partea mamei şi bunicilor, sentimentul de devalorizare indus, constrângerile şi dependențele pe care aceştia i le-au creat de mică, o determină pe M.P. să-şi construiască o realitate imaginară în care să se protejeze ca formă de apărare a atitudinilor (*încă de mică mi-am construit o realitate paralelă, ca să ,,scap" de situația frustrantă …, vorbesc de mult timp de una singură, îmi imaginez că trăiesc cu altfel de oamenii, că sunt altfel…îmi imaginam ce bine o să fie atunci când mama o să mă ia la C. Îmi promisese că o să locuim împreună…"*).

Încă din perioada copilăriei mici – 1-3 ani – M.P era supraponderală *,, mă îngrăşau bunicile. Mă băteau dacă nu mâncam, şi ele erau grase".* La începutul clasei a IV- a este luată de mamă, pentru a locui împreună. La început, se bucură de noua situație, în sfârşit putea să facă ce-şi doreşte, era alături de mamă, visurile ei deveniseră realitate.

Din păcate, mama era foarte ocupată , nu avea timp să se ocupe de ea, iar soțul acesteia îi era străin („*stam singură în casă până venea mama. Mă uitam la televizor. La bunici nu aveam voie. Mâncam, îmi făceam temele în timp ce mă uitam la televizor. De când locuiam împreună, mama nu m-a întrebat odată, ce fac, dacă mi-am făcut lecțiile, niciodată nu a interesat-o persoana mea. Nici vorbă de momente de tandrețe, afecțiune. Încă din această perioadă mi s-a*

accentuat sentimentul că sunt un „balast” , o persoană nedorită, că sunt o povară pentru mama, un obstacol în calea planurilor ei…”).

În timp relația dintre mamă şi tatăl vitreg se deteriorează. Acesta abandonează facultatea, se angajează pentru a putea să-şi întrețină familia şi susține soția la facultate *,, s-a folosit de el, a ținut la ea…”* După terminarea facultății, mama reuşeşte să se angajeze pe un post bine renumerat într-o companie multinațională, unde în prezent ocupă o funcție importantă. Soțul abandonează serviciul, relația dintre ei devine tot mai tensionată ,,*ne lăsa bani, D (tatăl vitreg) sta toată ziua în cameră, bea cam 10 beri pe zi. Stam cu el zile întregi, singuri, mă descurcam cum puteam, mama a început să nu mai vină seara pe acasă…).*

Din clasa a VII-a, M.P. începe să aibă ,,probleme” legate de structurarea, dezvoltarea încorporarea şi acceptarea propriei corporalități (Eul fizic) – cum se percepe, cum crede că este percepută de ceilalți. Imaginea corporală determină gradul în care te simți confortabil în şi cu corpul tău ,, *până în clasa a VII a arătam ca un balon. Nimeni nu mă privea ca un om. Toată lumea mă privea cu dispreț, nimeni nu voia să se apropie de mine, râdeau de mine. Am rămas de atunci cu un skepsis…”.*

Dezamăgită de comportamentul mamei, atmosfera familială frustrantă, lipsită de afecțiune, protecție, îi accentuează sentimentul de devalorizare, de inutilitate, de neîncredere, stima de sine scăzută. Toate acestea o fac pe M.P să se ,,refugieze” tot mai mult într-o realitate imaginară, construită de altfel încă din perioada în care locuia cu bunicii. Începe să absenteze de la şcoală, să nu-şi mai pregătească temele, consumânduşi timpul acasă în fața televizorului, împreună cu tatăl vitreg.

La începutul clasei a IX- a, pe fondul deteriorării relațiilor, a escaladării conflictelor dintre mamă şi soț, aceştia divorțează, urmând ca M.P. să locuiască impreună cu mama şi noul ei prieten într-un apartament închiriat. Noua stare de lucruri o bulversează sufleteşte şi mai mult pe M.P., accentuându-i şi mai mult starea de depresie. Prima zi de liceu, îi declanşează vechile resentimente legate de propria corporalitate ,, *în prima zi de şcoală am plîns. Eram grasă, am*

impresia şi acum că se râde pe seama mea, că se discută despre mine în spatele meu…", accentuându-i sentimetele de nemulțumire, neîncredere, furie, izolare şi generând tulburări de tip anorexic. M.P. începe să facă sport – exerciții excesive – să urmeze o dietă alimentară severă, să postească. Nesusținută de către mamă în demersurile ei, M.P. nu reuşeşte să slăbească la standardul ideal de greutate pe care îl dorea.

În cazul ei, comportamentul alimentar de tip restrictiv amintit mai sus, alternează cu unul de mâncat excesiv/purgare *,, tot timpul am avut perioade de slăbire, îngrăşare…, am început sa consum laxative, diuretice…".* Studiile asupra anorexiei nervoase au confirmat că există un risc crescut de tulburări afective printre rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu anorexie nervoasă, fapt confirmat şi de M.P. ,, *atât bunica din partea mamei, tata şi mai ales bunica din partea acestuia* (130 de kg.) *sunt foarte graşi, având un comportament de tip ano*rexic (tipul mâncat excesiv/purgare) *chiar şi mama este grasă, a ținut de nenumărate ori cure de slăbire…"*. Comportamentul alimentar promovat în familia bunicilor, patternul familial, a fost preluat şi promovat şi de M.P.

Starea de depresie i se accentuează în condițiile în care mama nu-i acordă sprijinul şi afecțiunea necesară *,, nu m-a iubit niciodată, mă ignoră atât ea cât şi noul ei prieten, le stau în cale…mă simt în plus…, o urăsc…*". Îl culpabilizează pe noul prieten al mamei, considerându-l vinovat de nivelul scăzut al relației cu aceasta. În fapt, această relație, a fost inexistentă dintodeauna.

Sentimentele de frustrare, ură, gelozie, stima de sine scăzută (i-a fost indusă din copilărie), imaginea de sine negativă, absența sentimentelor de securitate şi apartenență (în clasa a X-a, la onomastica unui coleg, consumă o mare cantitate de alcool, – formă de automedicație pentru ameliorarea depresiei de care o persoană suferă; transportată la spital, în momentul cînd este rugată să spună unde locuieşte şi cine îi sunt părinții, M.P. răspunde : *,, nu am părinți, trăiesc pe stradă…"),* îi accentuează suferința emoțională, simte că nu mai poate scăpa, că acestă realitate este fără sfârşit şi de nesuportat. Copleşită de durere, disperată, fără prieteni *,, mă urăsc, pe mine nu mă iubeşte nimeni…"* M.P. consideră că ieşirea dintr-o existență inacceptabilă ar fi un act de sinucidere. Pe fondul acestei

stări de zbucium emoțional are loc prima tentativă de sinucidere. – consumul de somnifere. Este salvată de mamă.

Chiar şi după această tentativă, mama nu încearcă să şi-o apropie, să o susțină în demersurile ei, în timp ce prietenul acesteia o ignoră şi o umileşte, relațiile dintre ea şi cei doi deteriorându-se şi mai mult *,, mă simt în plus în această „familie", ne-am certat ca țiganii, noul prieten al mamei este un parazit, nu munceşte, stă toată ziua acasă, mama îl întreține…, dracu ştie de unde îi găseşte. Am încercat să stau de vorbă cu ea dar…".* M.P. încearcă o reconciliere, o discuție cu mama. Aceasta refuză orice comunicare, preferând să ofere doar sfaturi „înțelepte" *care nu se negociază .*

Toate resentimentele lui M.P. se întorc împotriva concubinului. Au loc discuții ,,aprinse", jigniri între aceştia. Datorită iresponsabilității, infantilității emoționale, dependenței față de concubin, mama nu încearcă o mediere a conflictului, o apropriere de fiica ei, dorința de a o asculta şi înțelege. Doamna C.P. nu conştientizează că, pentru a avea un adolescent plăcut, dispus să coopereze, ar trebui să fie mai înțelegătoare, empatică, consecventă şi tandră. O relație eficientă cu copilul şi nu numai, implică deschidere, răbdare, dorința de a-l înțelege şi asta presupune disciplină emoțională – trăsături de caracter evoluate. Şi se pare că C.P. nu este beneficiara unor astfel de trăsături.

Pe fondul eşecurilor atât în viața personală cât şi în cea familială şi socială, pentru M.P. următoarea tentativă de sinucidere (secționarea venelor de la mâna stângă), poate fi înțeleasă ca o retragere totală, ca un protest manifest în fața dificultăților, a unei vieți fără sens.

În prezent, M.P. se află internată la un spital de neuro psihiatrie unde urmează un tratament medicamentos, completat cu şedințe de psihoterapie.